ESSAI

SUR LA

GASTROTOMIE

DANS LES CAS DE TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES

PAR

STANISLAS CATERNAULT,

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉCÉDÉ DES 8 PREMIÈRES OBSERVATIONS RELATIVES AUX 8 PREMIÈRES ABLATIONS DE LA MATRICE

PRATIQUÉES PAR

M. E. KŒBERLÉ,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

LIBRARY OF EXCHANGE

«La somme des maux de la femme est bien au-dessus de celle que la nature a départie à l'homme. Sous ce rapport la condition des femmes est des plus misérables, et tous nos efforts doivent tendre à les soulager.»
(Vigaroux, *Malad. des femmes*).

«*Quod medicamenta non sanant, ea ferrum sanat.*»
(*Hippocr., Aphorism.*).

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES	NEW-YORK	MADRID
Hippolyte Baillière,	Baillière brothers,	C. Bailly-Baillière.

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, QUERSTRASSE, 10.

1866.

STRASBOURG, IMPRIMERIE DE F. C. HEITZ.

A M. LE DOCTEUR E. KŒBERLÉ,

PROFESSEUR AGRÉGÉ (SECTION DE CHIRURGIE) A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG,
DIRECTEUR DU MUSÉE ANATOMIQUE,
ANCIEN PROSECTEUR ET ANCIEN CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES,
PRÉSIDENT ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE STRASBOURG EN 1864,
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (PRIX BARBIER),
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

Profonde reconnaissance, dévouement sans bornes.

S. CATERNAULT

Note. — Partout où nous citons M. Routh, il s'agit de l'ouvrage dont voici le titre : *On some points connected with the pathology, diagnosis and treatment of the fibrous tumours of the womb. By C. H. F. Routh, M. D. London*, 1864.

ERRATA.

Page	16,	ligne	19,	au lieu de :	n'a pas paru avoir subi aucune altération, lisez : a paru n'avoir subi aucune altération.
»	19	»	15	»	23 août, lisez : 23 avril.
»	30	»	32	»	Guérison : 9 cas. Mort : 33 cas. lisez : Guérison : 10 cas. Mort : 32 cas.
»	35	»	24	»	Roux, lisez : Routh.
»	45	»	24	»	se distendaient, lisez : se distendent.
»	46	»	16	»	pendiculations, lisez : pandiculations.
»	50	»	29	»	se fixent, lisez : le fixent.
»	56	»	32	»	ses cinq dernières années, lisez : ces cinq dernières années.
»	58	»	7	»	pénètre d'une profondeur, lisez : pénètre à une profondeur.
»	58	»	32	»	à le développer, lisez : à se développer.
»	59	»	28	»	apporté par, lisez : rapporté par.
»	61	»	22	»	Pinault, lisez : Pineau.
»	63	»	2	»	régulièrement, lisez : singulièrement.
»	73	»	1	»	signe extérieur, lisez : signe caractéristique.
»	77	»	8	»	dures, lisez : durs.
»	82	»	11	»	Guidas, lisez : Suidas.
»	84	»	32	»	je cousus, lisez : je cousis.

ESSAI

SUR LA

GASTROTOMIE

DANS LES CAS DE TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES.

AVANT-PROPOS.

Ayant eu l'honneur d'être appelé à assister, d'abord comme spectateur, plus tard comme aide, aux opérations de Gastrotomie pratiquées par M. le professeur agrégé Kœberlé, j'ai cherché à résumer la pratique si heureuse de mon savant maître, tout en essayant d'esquisser l'histoire d'une des graves affections sur lesquelles portent les opérations de ce célèbre chirurgien.

L'ovariotomie a déjà fait ses preuves; mais appliquer la Gastrotomie à l'ablation des tumeurs fibreuses péri-utérines est une œuvre bien plus récente, bien plus délicate et bien plus hardie!

Personne en France, du moins que je sache, n'a encore songé à réunir les faits relatifs à l'histoire particulière de cette espèce de tumeur, et personne, si ce n'est M. Kœberlé, n'a tenté de faire de leur extraction par la Gastrotomie, une opération chirurgicale régulière. En Amérique et en Angleterre, cependant, il existe déjà un certain nombre d'opérations; mais elles sont disséminées dans les journaux de médecine de ces deux pays, dans quelques rares mémoires, ayant bien plutôt pour but de consigner des cas isolés, que d'envisager la question dans son ensemble. En France, dans les publications hebdomadaires, principalement dans les *Bulletins de la Société anatomique* de Paris, on trouve des faits qui ont un grand intérêt de curiosité, mais dans la relation desquels on chercherait en vain des indications relatives à la possibilité d'une guérison radicale au moyen d'une opération.

Loin de moi la pensée de faire ici une histoire complète des tumeurs fibreuses péri-utérines, la prétention de vouloir poser des règles fixes d'après lesquelles devrait être pratiquée l'extirpation de ces tumeurs; un tel projet serait aujourd'hui aussi imprudent que téméraire.

Résumer, au contraire, aussi complètement que possible, l'état actuel de la science sur ce sujet, essayer de réunir les documents épars, exposer le *modus faciendi* des opérateurs les plus distingués, et laisser au lecteur la libre appréciation de ces différentes pratiques, tel est mon seul et unique but.

Heureux si je puis indiquer la route, et démontrer que de malheureuses femmes autrefois abandonnées, vouées à des souffrances sans espoir, peuvent aujourd'hui être non-seulement soulagées, mais radicalement guéries!

PREMIÈRE PARTIE.

OBSERVATIONS.

CHAPITRE PREMIER.

Observations des 8 premières malades opérées, pour des tumeurs péri-utérines, par M. E. Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ars tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN.

Observation première. — Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 33 kilogrammes. Extirpation. Mort.

Mlle B...., de Grandfontaine (Suisse), âgée de 24 ans, d'une bonne constitution, règlée pour la première fois à 18 ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de 1858, époque du début de la tumeur abdominale dont elle est atteinte.

Elle ne peut assigner aucune cause à son affection. En 1858, pour la première fois, dysménorrhée, puis le ventre devint gros. MM. les docteurs Dancourt de Porentruy, et Beurnier de Montbéliard, successivement consultés, crurent à une tumeur ovarique; mais le trocart plongé à différentes reprises ne donna aucun résultat. Les règles disparurent en 1860 pour reparaître seulement deux ou trois fois depuis.

En 1863 l'abdomen était devenu monstrueux. Le corps mesure 1^m50 de circonférence ; de l'appendice xyphoïde au pubis on compte 76 centim.; les parties déclives du ventre qui pendent jusqu'à moitié de la hauteur de la cuisse sont fortement œdématiées. Membres pelviens infiltrés; l'œdème diminue et revient d'un jour à l'autre. Appétit conservé, mais digestions embarrassées, selles régulières, miction normale, face cyanosée, dyspnée prononcée, sommeil possible seulement dans le décubitus latéral. Depuis l'arrivée de la malade à Strasbourg, douleur à droite, à la base du thorax qui était extrêmement élargi.

L'abdomen représente une masse unique, régulière, assez résistante. La percussion fournit partout une matité qui contraste avec le son obtenu à la partie correspondant aux intestins, qui sont tout-à-fait refoulés en arrière, sur les côtés de l'épine dorsale. La sensation d'un flot de liquide paraît tellement manifeste qu'on ne saurait conserver aucun doute sur la présence d'un liquide. Cette sensation est surtout évidente à gauche. Les chocs les plus légers sont transmis nettement à 20 ou 30 centimètres de distance. A gauche, on sent des pulsations artérielles le long d'une sorte de cordon susceptible de se déplacer transversalement dans une certaine étendue, et qui peut être considéré comme la trompe hypertrophiée accompagnée des vaisseaux ovariques. L'ombilic est effacé; à son pourtour la paroi abdominale est adhérente à la tumeur dans une étendue de 20 à 25 centimètres. Partout ailleurs la paroi abdominale est très-mobile. Les adhérences paraissent avoir été consécutives aux ponctions, à l'hémorrhagie qui les aura accompagnées ; car la malade n'a jamais éprouvé de douleurs péritonéales.

Col de la matrice normal, dévié à droite. Pas de résistance anormale dans l'excavation pelvienne. Le développement rapide de cette tumeur, sa fluctuation partielle très-manifeste, la présence du cordon et des battements que l'on percevait le long du côté gauche, l'âge de la malade, l'état normal du col et sa déviation, l'apparition de la tumeur à la suite d'une dysménorrhée, la suppression des règles, procurent autant d'arguments concluant en faveur d'une tumeur ovarique.

Cependant une nouvelle ponction faite dans la partie la plus fluctuante avec un trocart de 25 centimètres de longueur, resta sans résultat. Même avec une aspiration énergique pratiquée avec une seringue, il fut impossible d'extraire autre chose que du sang pur, aussi bien du centre de la tumeur que de sa périphérie, et dans deux directions différentes. Le trocart se trouvait pris dans une masse compacte, mollasse ; il n'y avait pas à douter, la tumeur était solide. On renonça à l'extirpation. Mais la pauvre malade fut tellement désespérée, elle supplia tant, malgré tout ce qu'on put lui dire de défavorable, qu'on dut lui promettre d'opérer.

Opération le 14 mars 1863. — La malade étant chloroformée, incision de la ligne médiane dans une étendue de 50 centimètres. La tumeur mise à découvert, fut séparée de ses adhérences au pourtour de l'ombilic dans un rayon de 15 centimètres environ. Au moindre choc, elle ondulait comme de la gelée ou comme une vessie incomplétement distendue par du liquide. Elle était sillonnée de vaisseaux très-volumineux. Vers la gauche elle était adhérente à l'épiploon dont les vaisseaux artériels et veineux énormément dilatés, semblables à des paquets de gros lombrics entortillés, pénétraient au nombre de 20 à 30 dans son épaisseur. Ces vaisseaux furent liés en masse en plusieurs paquets entre deux ligatures et divisés dans l'intervalle. La tumeur étant complétement libre à gauche, fut attaquée à droite et isolée également partout.

L'incision insuffisante fut agrandie de 5 centimètres, en tout 55 cent., et dès lors la masse sortit facilement, car elle n'offrait aucune adhérence à sa face postérieure et du côté du bassin. Mais la tumeur était utérine et les deux ovaires parfaitement sains. Une ligature métallique ayant été placée autour du pédicule, qui avait la grosseur du poignet, et serrée dans un serre-nœud, la tumeur fut excisée. Il s'en échappa un violent flot de sang dont la quantité put être évaluée à près de 2 litres. Débarrassée du sang qu'elle contenait, elle pesait encore 33 kilogr. et était constituée par un corps fibreux interstitiel de la matrice, développé sur le fond de l'organe à son angle gauche sur lequel portait la ligature.

Ensuite l'abdomen fut rapidement épongé. Diverses parties de la surface adhérente à la paroi abdominale, qui fournissaient du sang en nappe, furent touchées avec un peu de perchlorure de fer et plusieurs ligatures furent jetées sur des veines volumineuses.

Le foie et la vésicule biliaire avaient contracté des adhérences avec la tumeur. Le foie était déchiré superficiellement sur son bord tranchant et fournissait du sang noir mêlé de bile, sur une surface de 5 à 6 centim. carrés, laquelle fut touchée avec le doigt enduit d'un peu de perchlorure de fer qui arrêta à la fois le suintement du sang et de la bile.

Une ligature fut jetée sur une veine volumineuse du ligament large qui

avait échappé au serre-nœud; puis l'abdomen ayant été nettoyé avec soin dans toute son étendue, réunion de l'incision par cinq points de suture profonde enchevillée, pris de très-loin, et huit points de suture entortillée. L'opération prolongée par les soins de l'hémostase, dura 2 heures 1/2.

Comme les côtes étaient très-déviées en-dehors à la base du thorax et que le foie ne se trouvait plus soutenu à sa face concave, il s'était interposé de l'air entre cet organe et le diaphragme, et malgré toutes les précautions il fut impossible de l'expulser en totalité. Un décilitre d'air au moins resta dans la région épigastrique, quoique la peau du ventre eut été refoulée et maintenue contre la concavité du diaphragme à grand renfort de compresses et de coussins. L'estomac qui était vide ne tarda pas, du reste, à se laisser distendre par les gaz.

Durant l'opération il était survenu un refroidissement considérable ; le pouls, devenu petit, filiforme, se releva sensiblement dès que l'opérée, réconfortée par du vin et réchauffée, se fut un peu remise et que les douleurs abdominales localisées principalement du côté du bassin, se furent calmées.

La paroi abdominale était très-infiltrée de sérosité, laquelle, légèrement colorée par du sang, suinta en abondance par le bord inférieur de la plaie maintenue béante. Sécrétion assez active de mucosités dans la trachée et dans les bronches.

Dans le courant de la soirée trois vomissements glaireux; soif prononcée.

Prescription. — Café au lait froid, bouillon, consommé de viandes, glace intus et extra, opiacés, bismuth. — Deuxième jour pouls faible, dyspnée, urines claires.

Morte le troisième jour dans une prostration profonde. Des mucosités s'étaient accumulées dans les bronches ; respiration très-laborieuse, soif prononcée ; ni frisson, ni délire, ni douleur abdominale.

Autopsie. — Incision réduite à 32 centimètres. L'air resté emprisonné dans la cavité péritonéale a été complétement résorbé. Intestin grêle distendu par des gaz. Les parties du foie qui ont été touchées avec le perchlorure de fer sont adhérentes aux parties voisines. Le perchlorure de fer

est presque entièrement résorbé ; il n'existe de foyer d'irritation dans aucun des points où on l'a employé. Pas de phlébite utérine.

Épanchement de sérosité dans le péricarde, caillots fibrineux dans le cœur et les gros vaisseaux.

La plèvre gauche renferme deux cuillerées de sérosité. Poumon sain. A droite, épanchement séro-purulent considérable, environ 2 litres; fausses membranes. Poumon légèrement engorgé, mais crépitant.

Observation II. — Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 7 kil. Extirpation des deux ovaires et amputation de la partie sus-vaginale de l'utérus. Guérison.

Mme S...., de Saverne, sage-femme, 30 ans, très-nerveuse, bien constituée, a toujours joui d'une excellente santé. Régulièrement menstruée depuis l'âge de 13 ans 1/2, mariée depuis 6 ans, elle n'a jamais eu de grossesse, si ce n'est il y a 5 ans 1/2, où elle a fait une fausse-couche au troisième mois. Alors elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dure que M. le prof. Stoltz reconnut être une tumeur fibreuse utérine. Le traitement iodique et les arsénicaux demeurèrent sans résultat. La miction devint fréquente, et la menstruation, de plus en plus difficile et prolongée, s'accompagna chaque fois de vomissements et de diarrhée. La tumeur tournait parfois sur son axe, sous l'influence d'une pression latérale ou même du décubitus latéral ; le ventre devenait alors très-proéminent et la tumeur occasionnait à la malade des douleurs intenses qui ne cessaient que lorsque le produit morbide avait repris sa position naturelle. Depuis 3 mois la tumeur ne s'était plus retournée.

État actuel. — Amaigrissement, cependant santé très-bonne. Menstruation normale, époques régulières ; pas de flueurs blanches, pas d'ascite, ni infiltration des extrémités. La tumeur abdominale remonte à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic; elle tire son origine de l'excavation pelvienne. Elle est pédiculée, sans adhérences avec la paroi abdominale et probablement aussi avec les intestins. A gauche et en avant, saillie lon-

gitudinale, mollasse, dûe peut-être à la trompe hypertrophiée ou à une adhérence épiploïque, car cette saillie se déplace avec la tumeur. Le col est dévié en arrière et à gauche ; dans les mouvements de rotation de la tumeur il se porte en avant; lorsqu'on soulève celle-ci il n'est pas entraîné sensiblement en haut ; il est mou, normal, saillant. Pas de tumeur appréciable dans l'excavation pelvienne.

Diagnostic. — Le diagnostic est indécis. La tumeur est ovarienne ou utérine. Les caractères qui semblent se rapporter à une tumeur ovarienne compacte ou partiellement multiloculaire sont : sa forme arrondie non bosselée, sa consistance mollasse en quelques points, sa fluctuation obscure, la déviation du col de la matrice et l'apparente indépendance de cet organe lorsqu'on soulève la tumeur, les troubles peu prononcés de la menstruation, l'âge de la malade au début de l'affection, la présence d'un cordon vasculaire longitudinal, mobile avec la tumeur, et que l'on peut considérer comme formé par la trompe. — Les caractères propres à une tumeur utérine consistent : dans la compacité, dans la dureté de la tumeur à droite, dans sa mollesse, dans sa souplesse à gauche, dans son développement graduel.

Quoi qu'il en soit, la malade voulut à tout prix être débarrassée, bien qu'elle fût, du reste, en parfaite connaissance de cause de la gravité de l'opération ; l'inutilité des moyens employés, la marche rapide de la tumeur menaçant d'entraver dans un temps très-prochain les principales fonctions, furent autant de motifs pour faire admettre l'opération.

Opération le 20 *avril* 1863. — Incision d'emblée de la ligne médiane, à partir de 3 centimètres 1/2 au-dessus de l'ombilic jusqu'à 3 centimètres au-dessus du pubis, en passant directement par l'ombilic qui était le siége d'une petite hernie de 2 centimètres de diamètre, laquelle a été divisée. Mise à nue, la tumeur apparut libre d'adhérences, mais ayant contracté avec le grand epiploon, dans un espace de 3 à 4 centimètres, des connexions constituées exclusivement par trois artères du calibre de l'artère radiale. Ces vaisseaux furent liés en masse et divisés entre deux ligatures. La tumeur était solide; il fallut agrandir l'ouverture de 1 1/2 centimètres

au-dessus du pubis pour la faire sortir. Le pédicule fut étreint le plus près possible de sa base par la chaîne d'un constricteur et rapidement serré. La tumeur fut de suite excisée à quelque distance du pédicule, afin que ce dernier n'eût pas de tendance à s'échapper de l'anse métallique.

Avant d'aller plus loin, on épongea rapidement l'intestin grêle, l'épiploon et l'estomac, qui avaient fait hernie malgré les soins pris pour les maintenir. Ces parties furent réduites, et les bords supérieurs de l'incision rapprochés provisoirement, par deux points de suture enchevillée profonde.

La matrice renfermait des noyaux fibreux, la trompe gauche avait été déviée, mais l'ovaire de ce côté était sain, tandis que l'ovaire droit était malade. Le pédicule de la tumeur évasé se continuant sans ligne de démarcation avec le corps de la matrice, d'énormes veines et des artères très-volumineuses sillonnaient le ligament large. M. Kœberlé résolut de laisser la partie vaginale du col de la matrice qui était saine, et d'extirper la matrice avec la trompe et les deux ovaires.

Ces parties furent enlevées en suivant exactement le procédé que nous avons décrit à l'article opération. (Col traversé par une aiguille d'acier munie d'un double fil de fer, etc.). Il resta donc deux serre-nœuds dans l'abdomen.

Cette première partie de l'opération a été exécutée en moins de 20 minutes.

Alors nettoyage de la cavité abdominale, mais en prenant soin de ne pas enlever tout le sang, afin de favoriser la formation d'adhérences provisoires. Badigeonnage du moignon avec le perchlorure de fer. Trois nouveaux points de suture profonde, le deuxième passant directement par l'ombilic. Six points de suture entortillée complétèrent la réunion de la peau.

L'opération dura en tout 1 heure 1/2, et l'on fit usage de 200 grammes de chloroforme.

Soins consécutifs. — Température de la chambre élevée. Opérée enveloppée dans des vêtements de laine. Vessies de glace sur le ventre. La partie inférieure de l'incision fut maintenue béante par les serre-nœud

écartés l'un de l'autre; on la laissa sans pansement, à découvert. Cathétérisme fréquent.

La malade, refroidie pendant l'opération, fut prise d'une forte bronchite qui dura jusqu'au 11me jour. Dès le matin du 2me jour un appareil dilatatoire fut disposé dans l'intérieur de la plaie béante en détruisant avec précaution les adhérences déjà établies, même fortement, entre l'intestin grêle et la vessie dans l'intervalle des deux serre-nœud. Cet espace est maintenu libre par une rangée de tubes en caoutchouc largement fenestrés. La plaie est pansée trois fois par jour. — 3me jour. Extraction de 3 épingles de la suture superficielle. Réunion immédiate. Lotion au sulfate de fer sur incisions et sutures. Urines abondantes peu colorées. — 4me jour. Glace supprimée. Appareil dilatatoire bivalve enlevé et remplacé par un paquet de tubes en caoutchouc et par des mèches de charpie sèche. Extraction des 3me et 4me épingles de suture superficielle. Urines très-abondantes et très-claires. Ventre souple, mais un peu distendu par des gaz qu'on évacue au moyen d'une canule. — 5me jour. Extraction de la dernière épingle. Le trajet des deux derniers points de suture profonde est sensible et tend à s'enflammer. Urines *ut supra.* — 7me et 8me jours. Ventre toujours mou, indolent, excepté sur le trajet des points de suture déjà signalés, où il tend à se faire un travail de suppuration. — 9me jour. Extraction du 1er point de suture profonde. 4 séries de cordonnets attachés à la paroi abdominale par du collodion. Le pansement n'a plus lieu que deux fois par jour. Le fil de la ligature en masse des artères épiploïques se détache spontanément. — 10me jour. Extraction des 2me, 3me et 4me points de suture profonde. Abcès phlegmoneux développé sur le trajet du quatrième, dans le tissu cellulaire sous-cutané, donnant issue à 30 grammes de pus épais. Tubes fenestrés dans chaque orifice des points de suture. Lavement au miel. — 11me jour. Bien. — 12me jour. Extraction des derniers points de suture profonde. Appétit excellent. La suppuration sur le trajet des points de suture est presque complètement tarie. — 13me jour. Extraction des deux serre-nœud qui plongeaient l'un et l'autre à une profondeur de 8 à 9 centimètres dans l'intérieur de la ca-

vité péritonéale. Des tubes en caoutchouc sont placés le long des fils de fer pour empêcher ces derniers de blesser les intestins et pour faciliter leur extraction ultérieure à la chute des parties mortifiées du col de la matrice. — 14me jour. Extraction des anses de fil de fer. Ces anses n'avaient plus été serrées à partir du 2me jour. — 15me jour. Trajets fistuleux des sutures profondes cicatrisés. Concurremment avec d'autres tubes de petite dimension, un gros tube en caoutchouc de 14 millimètres de diamètre assure l'issue du pus et des détritus mortifiés de la matrice, provenant des profondeurs de la cavité pelvienne. Plusieurs lambeaux de tissus mortifiés s'échappent pendant les injections détersives. — 16me jour. Diverses parties des tissus mortifiés sortent encore de la profondeur ou sont extraits avec une pince à pansement. L'opérée se lève pour la première fois. — A partir du 17me jour, suppuration blanche et marche régulière de la cicatrisation. Les tubes de caoutchouc qui plongeaient d'abord à une profondeur de 11 centimètres, ont été raccourcis successivement d'un centimètre par jour. Le 31me jour (20 mai) cicatrisation complète. A chaque pansement les tubes de caoutchouc ont été nettoyés, puis désinfectés dans une solution de 10 gr. de sulfite de soude dans 100 gr. d'eau.

L'état du pouls pourra peut-être intéresser ; le voici :

1er jour. Après l'opération 95, 82, 80 pulsations. — 2me jour. 84, 88, 90 puls. (développement graduel de la bronchite). — 3me jour. 95, 105, 97 puls. (apogée du développement de la bronchite). — 4me jour. 98, 95, 90 puls. (inflammation du tissu sous-cutané sur le trajet des deux derniers points de suture profonde). — 5me jour. 92, 95, 98 puls. — 6me jour. 90, 87, 88 puls. — 8me jour. 95, 98 puls. (formation d'un abcès phlegmoneux dans le tissu cellulaire sous-cutané). — 9me jour. 88, 80, 82 puls. — 10me jour. 83 puls. (ouverture de l'abcès). — 11me jour. 77 puls. — 12me jour. 74 puls. — 15me jour. 75 puls. — 30me jour. 72 puls.

La malade est radicalement guérie. Au moment où nous écrivons elle continue à se porter très-bien. Antérieurement elle avait été sujette à de fréquents accès d'hystérie; depuis l'opération qu'elle a subie ces accès ne se sont plus reproduits.

Observation III. — Tumeur fibreuse de la matrice du poids de 700 grammes. Ascite grave. Extirpation de la tumeur. Mort.

Mme R...., d'Ath (Belgique), 35 ans, bonne constitution, est atteinte depuis 2 ans d'une tumeur abdominale à développement progressif, mais compliquée d'une ascite qui a déjà nécessité 30 ponctions. L'ascite s'est toujours reproduite avec une régularité et une persistance désespérantes, malgré tous les moyens mis en usage (purgatifs, diurétiques, emménagogues, fer, iode, électricité). On a d'abord pratiqué ces ponctions à de longs intervalles, puis dans ces derniers temps on a été obligé d'y revenir tous les 5 ou 6 jours et de donner issue chaque fois à 12 ou 13 litres de liquide citrin, très-albumineux. Tant que les règles ont subsisté, cette ascite diminuait à chaque époque ; depuis leur suppression elle suit une marche croissante et continue.

La distension du ventre a amené la formation d'une hernie ombilicale qui s'accroît de plus en plus et qui a occasionné un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, qui donne lieu à une tumeur volumineuse, très-gênante quand la ponction devient urgente. Les ponctions ont souvent été suivies de prostration des forces et de symptômes de péritonite aiguë.

La tumeur est mollasse ; elle occupe toute la région hypogastrique et s'étend à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de fluctuation. Bruit de souffle très-marqué à la surface. Tumeur partout solide et très-vasculaire. La hernie ombilicale permettait d'en explorer en quelque sorte directement la surface antérieure à l'aide du doigt introduit dans le collet du sac herniaire. Le corps et le col de la matrice n'offraient rien d'anormal. Les mouvements communiqués à la tumeur, que le doigt ne pouvait d'ailleurs atteindre à l'exploration vaginale, se transmettaient immédiatement au col utérin. Pas de leucorrhée.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse de la matrice probablement pédiculée, très-vasculaire, avec des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen et avec des adhérences probables aux viscères voisins. Ascite symptomatique.

Opération le 5 décembre 1863. — La ligne blanche ayant été incisée dans une étendue de 16 centimètres, on donna d'abord issue à 2 litres de sérosité qui s'était reproduite depuis la veille. La tumeur mise à découvert était extrêmement vasculaire, sillonnée de veines et d'artères volumineuses et comparable à un placenta. Les vaisseaux étaient en connexion, en partie avec la paroi abdominale, en partie avec l'épiploon. Les adhérences multiples furent toutes coupées entre deux ligatures. Une ligature en masse fut jetée sur l'épiploon, dont les veines étaient énormément dilatées. On plaça ainsi une vingtaine de ligatures.

La tumeur saisie alors avec des pinces à griffes, par son extrémité supérieure, fut extraite sans effort ; elle était totalement dépourvue d'adhérences à sa partie postérieure. Elle était implantée sur le fond de la matrice à gauche et avait contracté une adhérence qui, au premier abord, a paru la relier à toute la surface du fond ; mais cette adhérence purement fibrineuse put être séparée aisément. La tumeur se présenta dès lors avec un pédicule étroit, sur lequel on appliqua une anse de fil de fer que l'on serra au moyen d'un serre-nœud ; puis on excisa la tumeur. Les ovaires étaient parfaitement sains, ainsi que le reste de la matrice. En-dehors des parties adhérentes, le péritoine n'a pas paru avoir subi aucune altération.

Reproduction rapide de l'ascite, puis péritonite suraiguë survenue 12 heures après l'opération. Évacuation par une canule de près d'un litre de sérosité. Collapsus. Coma. Mort 18 heures après l'opération (voir le § ascite, art. complication).

Observation IV. — Tumeur fibro-cystique de la matrice du poids de 4 kil. 1/2. Ablation d'une grande partie de la matrice. Mort.

Mlle G..., de Nancy, 36 ans est affectée depuis 6 ans d'une tumeur abdominale que l'on considère comme ovarique. En vain on a recours à la médication iodée. La santé est bonne ; la menstruation régulière ; mais elle donne lieu à des ménorrhagies. Dans l'intervalle des époques menstruelles, il s'écoule du canal génital, une ou plusieurs fois par jour, par ondées, un flot de liquide filant, albumineux et transparent.

La tumeur est assez régulièrement arrondie, d'une consistance variable, subfluctuante en quelques points, dépourvue d'adhérences à la paroi abdominale. De chaque côté du ventre, on perçoit un bruit de souffle et des pulsations. Il n'existe pas d'ascite appréciable. Le col de la matrice est sain, mais il est dévié à gauche et son orifice est un peu dilaté. Il n'est pas sensiblement entraîné quand on soulève la tumeur abdominale, avec laquelle il paraît pourtant se continuer. Une sonde introduite dans le col, pénètre à une profondeur de 12 centimètres. La circonférence du ventre mesure 98 centimètres.

La profondeur de la cavité utérine, l'état du col, le développement et la consistance de la tumeur, le bruit de souffle formaient un ensemble de symptômes qui indiquaient une tumeur fibreuse de la matrice. L'extirpation de cette tumeur, qui d'ailleurs paraissait dépourvue d'adhérences, devait nécessairement entraîner l'amputation sus-vaginale de la matrice.

Opération, 19 *décembre* 1863. — Incision de 25 centimètres. Extrac- de la tumeur exempte d'adhérences. Toute la matrice, mais surtout son fond, étaient distendus par des tumeurs fibreuses, mollasses, entremêlées de collections séreuses. Les ligaments larges étaient en grande partie envahis. Trompes et ovaires sains. Il était impossible d'arriver d'emblée au col de la matrice et de la traverser avec une aiguille, avant d'avoir lié et divisé de chaque côté les ligaments larges.

Le ligament large fut traversé le plus bas et le plus près possible de la tumeur avec une aiguille munie d'un fil de fer qui fut confiée à un aide après l'avoir engagé dans un serre-nœud, pendant que l'opérateur traversait les parties latérales de la tumeur par un autre fil de fer, avec lequel il fit une ligature en masse, destinée à prévenir l'hémorrhagie du côté de la tumeur après la section des vaisseaux. Malheureusement la vis du serre-nœud n'avait pas été serrée. Lorsqu'on divisa le ligament large d'un coup de ciseaux, croyant agir en toute sécurité, il surgit un flot de sang, et avant d'avoir eu le temps de saisir la partie libre du ligament large, qui était en grande partie échappée du serre-nœud, et d'y appliquer des pinces, il s'était déjà produit une perte de sang considérable. Cependant on put re-

médier à l'hémorrhagie à l'aide de deux ligatures. Pour terminer ensuite rapidement l'opération, la tumeur fut embrassée à sa base, dans une anse de fil de fer à l'aide d'un grand serre-nœud. On fendit ensuite la tumeur, dont on vida le contenu jusqu'au-delà de la ligature, que l'on serrait successivement. Après avoir ainsi extrait toutes les masses fibreuses qui remplissent le petit bassin, tout ce qui dépassait la ligature fut excisé. Les ovaires étaient restés au-dessous du point lié.

Les masses fibreuses qui avaient été énuclées ou excisées pesaient 4 kil. 1/2. Elles étaient entremêlées de collections séreuses. La cavité abdominale ayant été épongée et tout suintement paraissant avoir cessé, la plaie fut réunie comme à l'ordinaire en maintenant ouvert l'angle inférieur qui donnait passage au serre-nœud, ainsi qu'à une partie du moignon de la tumeur. L'opérée était très-notablement affaiblie par la perte du sang. Il se déclara un léger suintement sanguin qui a dû provenir d'une petite artériole, divisée dans l'angle de l'incision du ligament large, et qui n'avait pas été comprise dans les ligatures. L'hémorrhagie persista malgré tous les moyens employés ; elle fournissait environ 80 grammes de sang dans l'espace de 5 à 6 heures. Le cas fut jugé irrémédiable en raison de la faiblesse de la malade, qui succomba 30 heures après l'opération.

Observation V. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice du poids de 4 kil. 1/2 avec amputation de l'utérus. Mort.

Mlle de G..., âgée de 39 ans, d'une constitution très-robuste et jouissant d'une bonne santé, est affectée depuis environ 10 ans d'une tumeur fibreuse de la matrice dont elle a toujours été préoccupée et dont elle désire très-ardemment être débarrassée. Cette tumeur s'est accrue d'une manière progressive malgré les médications iodées et bromées à l'intérieur et à l'extérieur, l'usage des bains de mer, des eaux de Kreuznach, etc. La menstruation est restée régulière mais il y a tendance à la ménorrhagie.

Le ventre mesure 98 centimètres de circonférence. La tumeur abdominale est mobile et occupe tout l'espace compris entre le pubis et l'ombilic.

Elle est irrégulièrement arrondie et n'a contracté aucune adhérence à la paroi abdominale. Du pubis à son extrémité supérieure, elle mesure 0,20; et son diamètre oblique de droite à gauche et de bas en haut est aussi de 0,20; celui de gauche à droite est de 0,22. En allongeant les tissus, on obtient entre l'ombilic et le pubis 0,25. La tumeur remplit l'excavation pelvienne : c'est surtout de ce côté qu'elle a fait des progrès depuis deux ans; elle occupe le cul-de-sac recto-vaginal.

Le col utérin est normal mais difficile à atteindre et situé entre la symphyse pubienne et la tumeur fibreuse, implantée dans la paroi postérieure de la matrice.

Opération, 27 septembre 1864.— Chloroforme. Incision étendue d'emblée du pubis à l'ombilic. La tumeur, libre d'adhérences, fut ainsi mise à découvert et saisie avec des pinces à griffes de manière à engager son extrémité supérieure droite entre les lèvres de l'incision. La tumeur ayant été attirée au-dehors, ne présentait aucune adhérence profonde; elle pouvait donc être extraite par une incision moins considérable. En conséquence, on plaça de suite un point de suture profonde, à l'angle supérieur de l'incision.

La tumeur était située à la partie antérieure de la matrice, qui plongeait dans l'excavation pelvienne en rétroversion. Elles étaient confondues, et toutes deux, en rapport avec des vaisseaux très-volumineux ; mais le col était libre. La vessie ayant été décollée jusqu'au col, celui-ci fut traversé par une aiguille armée d'un double fil de fer, en suivant le procédé que nous décrirons à l'article : Opération.

Les ovaires furent compris chacun dans l'anse de fil correspondante, qui fut serrée au moyen d'un serre-nœud.

La tumeur fut alors divisée en deux, longitudinalement et chaque partie excisée. — L'opération avait duré 10 minutes.

Malheureusement les serre-nœud n'avaient pas été suffisamment serrés : de plus, ils n'étaient pas, par suite d'une méprise, de même longueur (12 et 10 centimètres). Induit en erreur par l'irrégularité de niveau de ces deux instruments, l'opérateur avait incliné la surface de

section du côté du plus petit serre-nœud, en sorte que, de ce côté, entre la ligature et la section, il ne restait plus qu'un espace très-court. Les tissus glissèrent au moment où l'on opérait la réunion et il survint une hémorrhagie formidable; car avant qu'on ait eu le temps de saisir le ligament large entre les doigts et d'y appliquer les pinces, la malade avait déjà perdu près de trois litres de sang !

Cependant on se rendit maître de l'hémorrhagie et la réunion fut terminée. Mais la malade était presque exsangue. Oppression; pouls très-fréquent, très-petit, refroidissement. Tous ces symptômes allèrent en s'aggravant et la malade succomba 4 heures après l'opération.

Observation VI. — Ablation d'une tumeur fibreuse du poids de 5 kilogr. développée dans le fond de la matrice. Amputation de l'utérus. Guérison.

Mme B..., 29 ans, habite Ingwiller (Bas-Rhin). Bonne constitution. Mariée, on crut d'abord qu'elle était enceinte; ayant dépassé le terme présumé de ses couches, et le ventre continuant à grossir, elle alla consulter son médecin, qui soupçonna une tumeur ovarique et adressa la malade à M. Kœberlé. Les règles ont toujours été normales, jamais d'hémorrhagie. Après examen, M. Kœberlé pensa d'abord à une tumeur fibreuse, mais revint plus tard à l'idée d'une tumeur de l'ovaire.

Les motifs sur lesquels s'appuyait ce diagnostic étaient : Age de la malade. Règles non interrompues, toujours normales, régulières, absence d'hémorrhagie. Tumeur à marche rapide (11 à 12 mois de développement), sphérique, de consistance mollasse, assez régulièrement lisse, sauf quelques irrégularités dues à des élevures d'un très-faible relief, très-mobile dans tous les sens, sub-fluctuante, laissant la main s'enfoncer facilement entre elle et le pubis, où l'on sentait un cordon comme si l'ovaire droit avait été le siége de l'affection. Pas d'ascite. Bruit de souffle *bien localisé*, non perçu dans le reste de la tumeur.

Col utérin sain, normal, dévié à droite, immobile si on soulevait légèrement la tumeur, mais entraîné, si on l'élevait notablement. Excavation pelvienne libre.

Rien donc qui pût indiquer que le produit pathologique faisait corps avec l'utérus. Règles normales cinq jours avant l'opération.

Opération le 7 mars 1866. — Chloroforme. Incision de la ligne blanche partant de l'ombilic et descendant vers le pubis dans un espace d'environ sept centimètres. Immédiatement derrière la paroi abdominale, apparaît la tumeur, sans adhérences, lisse, luisante, sillonnée de vaisseaux volumineux, consistance mollasse, points quasi-fluctuants. Mais deux ponctions successives, faites en différents sens, démontrèrent qu'il s'agissait, non d'une tumeur kystique, mais d'une tumeur solide.

De suite, l'opérateur prolonge son incision de quelques centimètres vers le pubis; puis, plongeant hardiment la main dans la cavité pelvienne, il constate que la tumeur est sans adhérences, qu'elle est implantée sur l'angle droit et le fond de l'utérus avec lequel elle fait corps et que de ce côté vient la masse des vaisseaux. La tumeur était donc utérine.

L'opération est un moment suspendue, et après une courte délibération, on conclut, dans l'intérêt de la malade à l'extirpation de la tumeur.

Les vaisseaux provenant du ligament large droit sont compris entre deux ligatures de fil de soie, de façon à pouvoir sectionner entre elles : et un double fil de fer est placé sur le col de l'utérus, et compris dans un serre-nœud. Ces ligatures sont brusquement serrées de façon à interrompre la circulation instantanément.

Alors à l'aide de forts ciseaux droits, section du corps fibreux passant d'abord entre la tumeur et les deux ligatures jetées du côté droit, et venant ensuite couper l'utérus un peu au-dessous de ses grandes cornes; en sorte que la tumeur enlevée, l'œil plongeait dans la cavité utérine béante. Les trompes furent donc en partie sectionnées ; mais contrairement au précepte donné par M. Kœberlé lui-même (voir art. opération, ligatures), les ovaires furent respectés parce que, dans l'espèce, enlever l'ovaire gauche aurait pu compromettre le succès de l'opération, à cause de la profondeur à laquelle il aurait fallu faire passer la section de ce côté, placer et laisser à demeure le serre-nœud.

Pas d'hémorrhagie. La cavité abdominale est nettoyée et épongée. Rapprochement des lèvres de la plaie par 5 points de suture profonde et 7 points de suture superficielle. Le tout suivant les préceptes que nous énoncerons à l'article : Opération. Durée de l'opération, y compris la réunion, etc., 1 h. 10 minutes. Pansement simple. L'angle inférieur de l'incision est maintenu largement ouvert. Réduction d'une anse intestinale qui avait fait hernie dans l'angle inférieur de la plaie. La ligature de la matrice s'est détachée le 10e jour avec les tissus mortifiés. — Guérison très-prompte.

Un mois après l'opération, au retour de l'époque menstruelle, il se produisit une hémorrhagie rectale qui dura environ un jour. En même temps survinrent, dans les régions ovariques, des douleurs sourdes augmentant par la pression, et annonçant l'existence d'un travail pathologique dans le petit bassin, peut-être sous l'influence de la congestion ovarique. On constate la formation d'une collection liquide dans le cul-de-sac recto-vaginal. Au bout de quelques jours, au moment où M. Kœberlé se disposait à évacuer le liquide à l'aide d'un trocart, une certaine quantité de pus fut éliminée par le rectum, et tout vestige de la collection purulente disparut. Depuis il n'est survenu aucun accident. L'opérée a été revue le 25 juillet dernier par M. Kœberlé ; elle est très-bien portante et se livre à de rudes travaux comme avant d'avoir été malade; sa santé ne laisse donc rien à désirer.

Toutefois il est un fait bien remarquable et que nous devons consigner ici. *Cette femme qui ne conserve plus de l'utérus que le col, voit chaque mois ses règles à l'époque régulière, et l'écoulement de sang est très-suffisant pour bien marquer le linge.*

De plus, avant d'être opérée elle souffrait beaucoup d'hémorrhoïdes qui depuis l'opération ont complètement disparu.

La cicatrice présente une particularité : tout-à-fait linéaire de prime abord, elle est devenue sensible, rougeâtre, hypertrophique. Depuis, elle est redevenue indolore. Actuellement elle est normale mais elle a pris une coloration brun foncé, due à une infiltration pigmentaire.

Observation VII. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice. Amputation de l'utérus. Ascite. Kyste du péritoine. Adhérences fortes. Mort.

Mme P...., de Tours, mariée, âgée de 35 ans, forte constitution, mais affaiblie par le mal qu'elle porte, s'est aperçue, il y a 5 ans environ, de la présence d'une tumeur dans le bas ventre. A cette époque, le produit morbide fut pris pour une tumeur fibreuse. Menstruation toujours régulière. Depuis l'apparition de la tumeur : péritonites plus ou moins graves à diverses reprises; production de liquide dans l'abdomen. L'ascite augmentait de volume à chaque époque. Vainement deux injections iodées furent faites, environ à une année d'intervalle, par M. Nélaton, qui croyait à un kyste ovarique; chacune de ces opérations fut suivie d'une péritonite très-grave. Après chaque époque menstruelle le ventre devenait volumineux, fluctuant dans la région épigastrique; et à gauche dans la partie moyenne il présentait une tumeur subfluctuante. Amaigrissement. — Col utérin normal. Pas de tumeur sensible dans l'excavation. Un mois avant l'opération, péritonite grave. La malade désire ardemment être opérée.

Opération le 23 *août* 1866. — Chloroforme. Section de la ligne blanche, en tout 23 à 25 centimètres obtenus à trois ou quatre reprises. Épiploon épaissi, adhérent; plus de 2 centimètres d'épaisseur. Cette dernière couche tégumentaire devient comme fibreuse au fur et à mesure qu'on se rapproche de la tumeur; elle a un aspect rougeâtre quasi-musculaire; on est obligé de l'inciser avec le scalpel. Chemin faisant plusieurs vaisseaux sont liés ou pris entre des pinces.

Enfin on arrive, non sans peine, jusqu'à la tumeur. Elle est violacée, sillonnée de quelques veines superficielles, résistante par endroits, ou bien mollasse. Une ponction confirme la nature fibreuse de la tumeur. Le tissu dense, dont nous avons parlé déjà, l'enveloppe de tous les côtés et de nombreuses et fortes adhérences la réunissent aux parties voisines; il en existe sur toutes les faces de la tumeur. L'intestin grêle a été refoulé en haut; il encadre le corps fibreux.

Destruction des adhérences, partie avec les doigts, partie avec des instruments. Dans cette énucléation déjà très-pénible et très-laborieuse, on ouvre une première collection séreuse du péritoine (côté gauche); environ 3 verres de sérosité se répandent dans l'abdomen. Collection de sérosité très-abondante dans la région épigastrique. Ligature de plusieurs vaisseaux.

Débarrassée de ses nombreuses et solides adhérences la tumeur est saisie avec de fortes pinces à griffes et soutenue au-dessus de l'abdomen. — Par le toucher direct on reconnaît qu'elle est implantée sur le fond de l'utérus, avec lequel elle fait corps. Serre-nœud provisoire en fil de fer double respectant les deux ovaires et passant vers l'union du col avec le corps de l'utérus, puis section de la tumeur avec de gros ciseaux, à 6 centim. environ au-dessus de la ligature métallique.

Alors apparut une seconde tumeur qui jusque là n'avait pas spécialement attiré l'attention. Au milieu du paquet de l'intestin grêle, dont toutes les anses étaient agglutinées, à quelques centimètres au-dessous de l'apophyse xiphoïde, siégeait une production morbide, grisâtre et trilobée. Chacun des lobes de cette tumeur présentait une rénitence très-marquée, et celui du milieu offrait une résistance considérable, semblable à celle d'une vessie très-distendue par du liquide; le volume de cette dernière poche était celui d'un œuf d'oie. Qu'était-ce? D'abord on pensa à l'estomac dévié, mais un examen plus attentif fit reconnaître que cette tumeur était isolée et ne présentait aucun rapport de continuité avec l'estomac que l'on sentait plus haut. Était-ce une anse intestinale? La couleur, l'aspect, l'épaisseur des parois, l'incompressibilité de la tumeur et surtout la stagnation du liquide qui ne pouvait sortir de la poche, même sous une forte pression, firent porter le diagnostic de kyste péritonéal. Pour confirmer le diagnostic, on fit une ponction avec un trocart très-fin. De suite il s'écoula un liquide parfaitement inodore, aqueux, brunâtre et tenant en suspension une grande quantité de grumeaux petits et blanchâtres. Immédiatement le kyste est fendu au bistouri et vidé. Mais restait à l'enlever. Son union avec les parties ambiantes (intestin grêle) était si intime qu'il n'y avait pas à songer à l'en détacher. On prit donc le parti de l'attaquer

par sa paroi interne et sécrétante. Celle-ci se laissa arracher par grands lambeaux et avec assez de facilité; elle était formée d'une couche fibrineuse de 3 à 5 millimètres d'épaisseur.

Les nombreuses adhérences qu'il avait fallu déchirer, avaient laissé plusieurs surfaces saignantes. Les unes furent liées, on en comprit d'autres dans des pinces *ad hoc*. Mais au niveau de l'hypochondre droit il y avait une hémorrhagie en nappe. Le cautère actuel porté à trois reprises ne put l'arrêter que momentanément; il fallut recourir au perchlorure de fer, qui, du reste en eut vite raison. La ligature provisoire fut maintenue. Nettoyage de la cavité abdominale et pansement d'après les indications que nous donnerons bientôt. Cinq points de suture profonde et huit points de suture superficielle. Le poids de la tumeur était de 3 kilogr.

L'opération avait duré près de 3 heures; l'hémorrhagie avait été très-considérable.

Cependant, dans les quelques heures qui suivirent, l'opérée, quoique très-faible, sembla bien aller, car le pouls se releva; mais le soir, lorsqu'on voulut changer la malade de position, elle fut prise d'une faiblesse prolongée. Elle succomba 12 heures après l'opération.

Observation VIII. — Amputation de la matrice et ablation d'une tumeur péri-utérine reliée au petit bassin par une adhérence large comme la main. Division de cette adhérence avec le fer rouge. Guérison.

Mlle X...., des Antilles, âgée de 27 ans, est affectée depuis 5 ans d'une tumeur abdominale qui, tout en prenant progressivement un volume de plus en plus considérable, s'est encore compliquée d'un épanchement ascitique depuis deux ans environ. Disons de suite que cet épanchement augmentait rapidement après chaque époque menstruelle, mais diminuait rapidement aussi pendant une durée de 8 à 10 jours avant chaque époque. Péritonite très-grave il y a 18 mois; consécutivement, inflammation

phlegmoneuse de la fosse iliaque gauche, datant d'une année environ; formation d'un dépôt purulent, lequel a été ouvert en-dehors du muscle carré des lombes. Cette collection a donné issue pendant plusieurs jours à des matières stercorales.

Le col utérin est normal, grêle, central, cependant très-légèrement incliné à gauche. Excavation pelvienne complètement libre.

Menstruation régulière. Cependant les règles avaient disparu pendant quelques mois à la suite de la péritonite qui avait mis en danger les jours de la malade. Aujourd'hui elles sont redevenues normales. Nous avons vu que l'ascite augmentait après les époques; alors urines très-rares, soif inextinguible ; mais sitôt que la circonférence du ventre diminuait, urines abondantes, soif nulle.

Depuis quelque temps le ventre ne subissait plus qu'une réduction de volume de moins en moins prononcée. En dernier lieu, la circonférence de l'abdomen mesurait $1^{m},17$. Une ponction donna 11 litres de liquide et le ventre tomba à $0^{m},99$ de circonférence.

La tumeur parut alors de forme irrégulière, de consistance variable, en partie mollasse, en partie dure. Pas de bruit de souffle. Fluctuation indistincte. Tumeur très-mobile; on pouvait la refouler à 8 ou 10 centimètres au-dessus du pubis sans que le col utérin fût entraîné sensiblement et que la malade accusât une sensation de traction sur le canal génital. Par la palpation on sentait une résistance dans la profondeur, seulement du côté gauche, comme si la tumeur dût appartenir à l'ovaire gauche.

Diagnostic indécis, toutefois avec tendance à croire à une tumeur ovarique plutôt que utérine. En ponctionnant on aurait éclairé le diagnostic, mais on ne crut pas, attendu les antécédents, devoir soumettre la malade aux hasards d'une ponction. Il n'existe pas d'adhérences abdominales, et dans l'hypothèse d'une tumeur de l'ovaire, les adhérences intestinales qu'on peut rencontrer ne semblent pas devoir contre-indiquer l'extirpation, d'autant plus que le pédicule est probablement très-long. L'ascite est symptomatique de la tumeur, elle doit donc disparaître avec elle. Santé générale bonne au moment de l'opération. La malade, quoique très-amai-

grie et d'une constitution fort délicate, peut parfaitement supporter une hémorrhagie assez forte en cas d'adhérences.

Toutefois la péritonite antérieure, l'inflammation phlegmoneuse de la fosse iliaque gauche, déjà signalée, la perforation intestinale qui en a été la suite, sont autant d'ombres jetées sur le pronostic.

Opération le 7 juillet 1866. — Chloroforme. Incision de 27 centimètres. Sortie du liquide, puis de la tumeur. Le palper direct fit reconnaître une tumeur fibreuse, implantée sur le fond de l'utérus, et réunie, dans une étendue très-notable, au côté gauche de l'excavation pelvienne, par une adhérence large comme la main. Cette adhérence était difficile à atteindre et pourtant le point capital était de s'en débarrasser tout d'abord; on parvint à la restreindre peu-à-peu, en divisant au moyen du bistouri, des ciseaux et des doigts, les parties fibreuses qui ne contenaient aucun vaisseau important; on réduisit ainsi l'adhérence à une épaisseur d'environ trois doigts, de façon à pouvoir embrasser facilement la partie restante par une ligature métallique à cause des vaisseaux importants qu'elle renfermait. La ligature ayant été convenablement serrée à l'aide d'un serre-nœud de 12 centim. de longueur, le col utérin fut également compris dans une ligature métallique. Les trompes et les ovaires parfaitement sains, demeurèrent en-dehors de la ligature.

La tumeur fut ensuite excisée des deux côtés en laissant de part et d'autre 4 à 5 centimètres de tissus en-dehors des ligatures pour les empêcher de s'échapper de l'anse métallique. Les serre-nœuds furent serrés jusqu'à cessation de l'hémorrhagie.

La ligature jetée sur la matrice se trouvait dans les meilleures conditions. Le col utérin était très-allongé; il restait environ 5 centim. de cet organe. La cavité utérine avait une longueur de 11 centim. La ligature jetée sur les tissus sains était au plus de l'épaisseur du doigt. Le serre-nœud ne plongeait qu'à une profondeur de 4 centim. dans la cavité péritonéale.

Il n'en était pas de même de la ligature de l'adhérence pelvienne. Le serre-nœud plongeait ici à 9 centim. de profondeur; de plus il était diffi-

cile de disposer convenablement les parties pour obtenir la cicatrisation sans accident. Il importait donc absolument de s'en débarrasser.

Deux partis à prendre se présentaient : *la ligature perdue* ou *la cautérisation ;* car avant de serrer les fils on avait constaté l'impossibilité de sectionner simplement les tissus à cause de l'hémorrhagie abondante qui en aurait été le résultat. La ligature perdue était hasardeuse. On se décida donc pour la division des tissus à l'aide du *cautère actuel.*

A l'aide de petits cautères, tous les tissus compris dans l'anse du serre-nœud furent divisés *lentement,* peu-à-peu, au ras du serre-nœud, après avoir préalablement bien serré pendant quelque temps le fil. Les tissus coupés par le fer rouge se dégagèrent peu-à-peu de l'anse métallique, qui devint ainsi complètement libre, sans qu'il en résultât la moindre hémorrhagie. Les intestins avaient été bien garantis avec la main et des éponges, et la cautérisation, malgré les difficultés qu'elle présenta à cause de la profondeur et du peu de place dont on pouvait disposer, réussit parfaitement.

Dès lors tout était pour le mieux. La cavité pelvienne fut rapidement épongée en ayant soin de ne pas léser les parties cautérisées. La perte de sang a été insignifiante.

5 points de suture profonde et 9 points de suture superficielle.

Un tube en verre de 12 centim. de longueur, plongeant dans l'excavation pelvienne en arrière du col utérin et du vagin, servit à assurer l'écoulement libre des liquides.

La portion de la matrice comprise au-dessus de la ligature fut transpercée en trois points par des tiges d'acier transversales destinées à maintenir les parties dans un rapport constant avec la paroi abdominale. On ne fit aucun pansement de la plaie, qui ne fut recouverte que d'une compresse, afin de pouvoir la surveiller facilement. En tout l'opération dura 1 heure 1/2.

Il ne survint aucun vomissement chloroformique. La plaie, par l'intermédiaire du tube, laissa écouler environ 100 grammes de sérosité rougeâtre. La ligature fut successivement serrée et le moignon couvert de

perchlorure de fer. Il ne se mortifia que le 2me jour, quand la constriction devint complète.

Pas d'applications ni froides, ni chaudes sur le ventre, qui fut simplement entouré d'un bandage de corps après avoir uniformément matelassé la surface avec des compresses et de la charpie.

Le pouls ne monta pas au-delà de 105 pulsations. Soif nulle. Urines toujours claires et abondantes ; miction normale. Évacuation alvine le quatrième jour, à l'aide de lavements et d'un purgatif. Chute du pédicule le quinzième jour. Cicatrice linéaire.

Guérison complète le vingtième jour. Depuis, santé parfaite ; la malade est on ne peut plus contente, elle danse et saute comme si elle n'avait jamais été incommodée.

La tumeur pesait 4 1/2 kilogrammes.

CHAPITRE II.

Analyses des 76 opérations connues aujourd'hui.

Opérations de gastrotomie dans des cas d'erreurs de diagnostic, entreprises dans le but d'extirper des tumeurs de l'ovaire où l'on a rencontré des tumeurs fibreuses de la matrice qui n'ont pas été ou qui n'ont pas pu être enlevées.

W. L. Atlee. — 22 mai 1849. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 33 ans. — Tumeur fibreuse utérine sans adhérences, ponctionnée, non enlevée. Rétablissement. Mort 6 mois après l'opération, à la suite d'un érysipèle.

W. L. Atlee. — 13 oct. 1849. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 43 ans. — Tumeur utérine fibro-cystique sans adhérences, non enlevée. Mort 4 années après l'opération.

W. L. Atlee. — 13 avril 1850. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 41 ans. — Tumeur utérine sans adhérences, non enlevée. La malade vivait encore en 1855.

W. L. Atlee. — 20 déc. 1851. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Négresse âgée de 42 ans. — Tumeur fibreuse pédiculée, offrant des adhérences étendues, non enlevée. Pendant l'opération un abcès développé dans la profondeur de l'abdomen fut ouvert et donna issue à une grande quantité de pus. La malade vivait encore en 1855.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur interstitielle, non enlevée. Rétablissement.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibro-cystique, non enlevée. Érysipèle. Mort au 16e jour.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibro-cystique, non enlevée. Pyohémie. Mort au 26e jour.

B. Brown. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibreuse pédiculée. Utérus en gestation. Tumeur non enlevée. Pyohémie. Mort au 19e jour.

Cutter. — *Americ. Journ. of med sc.*, 1854, vol. LIII, p. 34. — Grande tumeur pariétale et tumeurs multiples interstitielles. Opération inachevée. Mort au 12e jour par péritonite.

Deane. — 6 juin 1848. — *Boston med. and. surg. Journ.*, oct. 1848. — Tumeur pariétale du côté gauche de la matrice, non enlevée. Guérison au bout de 15 jours.

Dieffenbach. — 1826. — *Rust's Magaz.*, t. XXV, l. 2, p. 349. — Age : 44 ans. — Tumeur incisée, non enlevée. Rétablissement.

Lizars. — 24 avril 1825. — *R. Lee. Med. chir. transact.*, XXXIV, p. 14. — Age : 34 ans. — Tumeur fibreuse très-vasculaire, ponctionnée et incisée, non enlevée. Rétablissement.

Mussey. — 1850. — *Hamilton's Report*, dans *Ohio med. and surg. Journ.*, nov. 1859. — Tumeur fibreuse interstitielle, non enlevée. Mort par épuisement, 14 heures après l'opération.

N. Smith. — *Lyman's Report*, Boston, 1856. — Tumeur fibreuse interstitielle, non enlevée. Rétablissement.

Total : 14 cas. — Rétablissement : 9 cas. Mort : 5 cas.

Opérations de gastrotomie avec extirpation de tumeurs fibreuses pédiculées de la matrice par la ligature ou par l'énucléation.

J. L. Atlee. — 1843. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1845. — Age : 42 ans. — Quatre tumeurs utérines. Mort par hémorrhagie au 5e jour.

W. L. Atlee. — 28 août 1844. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1855. — Age : 24 ans. — Tumeur fibreuse pédiculée du poids de 1 kilogr. Guérison le 25e jour. Morte de phthisie 3 ans après l'opération.

W. L. Atlee. — 24 nov. 1849. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Age : 39 ans. — Tumeur fibreuse pédiculée du poids de 3 kilogr. Guérison. Mort du choléra au 39e jour.

W. L. Atlee. — 20 mai 1851. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Tumeur fibreuse poids de 3 kilogr. Mort par hémorrhagie au 3e jour.

W. L. Atlee. — 3 mars 1853. — *Americ. Journ. of med. sc.*, avril 1855. — Trois tumeurs pédiculées interstitielles du poids de 2 kilogr. Mort par péritonite au 3e jour.

B. Brown. — *Braithwaite Retrosp.*, XLV, p. 310. — Tumeur interstitielle. Mort par phlébite.

B. Brown. — 1861. — *Transact. of the pathol. soc. of London*, vol. XII, 1861, p. 154. — Age : 48 ans. — Tumeur multiloculaire de l'ovaire droit et tumeur fibreuse pédiculée de la matrice de la grosseur d'un œuf, enlevées l'une et l'autre. Guérison rapide.

Bigelow. — 29 déc. 1849. — *Lyman's Report.*, case 84, Boston, 1856. — Age : 22 ans. — Ascite. Kyste de l'ovaire et tumeur fibreuse utérine de petit volume enlevés. Mort le 3e jour.

Fletcher. — *British med. Journal*, n° 8, 1862. — Tumeur fibreuse pédiculée. Guérison le 66e jour.

Granville. — 21 mars 1827. — *R. Lee. Med. chir. Transact.*, XXXIV, p. 14. — Tumeur pédiculée. Mort à la suite d'une mortification de l'intestin.

J. B. Hays. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, avril 1857. — Tumeur pédiculée, adhérente à l'épiploon, du poids de 1600 grammes, chez une femme âgée de 42 ans. Guérison au bout d'un mois.

Herff. — *New-York Journ.*, mars 1856. — Tumeur du poids de 2 kilogr., pédiculée. Guérison au bout d'un mois.

Kœberlé. — 14 mars 1863. — Voy. obs. I. — Tumeur pédiculée du poids de 33 kilogr. Mort par épuisement au 4e jour.

Kœberlé. — 21 nov. 1863. — Voy. obs. III. Tumeur pédiculée très-vasculaire. Ascite. Mort par péritonite.

Lane. — 15 fev. 1844. — *J. Clay's Table IV, Kiwisch's Clin. Lect.* — Age : 43 ans. — Tumeur fibro-cystique pédiculée. Guérison au bout de 3 semaines. Mort 5 ans et demi après l'opération, des suites d'une maladie de vessie.

Nelson. — *Americ. Journ. of the med. sc.* — Tumeur pédiculée. Guérison.

J. Sloane. — *Brit. med. Journ.*, fév. 1858. — Tumeur pédiculée du poids de 25 kilogr. Mort par hémorrhagie 3 heures après l'opération.

Stokes. — *British med. Journ.*, fev. 1863. — Tumeur fibro-cystique. Mort du choc de l'opération au bout de 30 heures.

S. Wells. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur interstitielle. Énucléation. Mort 4 heures après l'opération, par suite du choc, de l'hémorrhagie et de l'influence du choroforme.

S. Wells. — *Pathological Transact.*, XIV, p. 204. — Tumeur fibro-cystique. Mort 4 heures après l'opération, du choc.

Total : 20 cas. — Guérison : 8 cas. Mort : 12 cas.

Opérations de gastrotomie avec extirpation ou avec amputation partielle de la matrice envahie par des tumeurs fibreuses, avec ou sans extirpation des deux ovaires.

Boinet. — Mars 1864. — Tumeurs fibreuses interstitielles. Extirpation de la matrice et des ovaires. Mort.

M. J. Boyd. — *Americ. Journ. of the med. sc.*, 1856. — Extirpation de la partie sus-vaginale de l'utérus et des deux ovaires. Guérison 3 mois après l'opération.

Burnham. — 25 juin 1853. — *Nelson's Americ. Lancet,* 1854, et *Worcester med. journ.,* 1854. — Extirpation de l'utérus et des ovaires. Guérison 2 mois après l'opération.

Burnham. — Communiqué. — De 1854 à 1866. — 9 opérations d'amputation de l'utérus, avec ou sans extirpation des deux ovaires. Mort : 7 cas. Guérison : 2 cas.

Cadge. — Communiqué à M. Routh. — Tumeur fibreuse intertitielle. Extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Mort 36 heures après l'opération, du choc.

C. Clay. — *Med. Times,* n° 164, p. 18 ; *Safford Lee, On Tumours,* p. 268. — Ablation d'une grande partie de la matrice et des ovaires. Mort par hémorrhagie 1 heure et demie après l'opération.

C. Clay. — 16 janv. 1844. — *Results of ovariotomie* etc. case XXII, 1838 ; *R. Lee. Med. chir. transact.*, XXXIV, p. 21. — Extirpation de l'utérus et des deux ovaires. Mort par péritonite, à la suite d'un accident, au 15e jour.

C. Clay. — 2 janv. 1863. — *Med. Times and. Gaz.,* 18 avril 1863. — Extirpation du corps de la matrice et des ovaires. Guérison. La ligature persistait encore au 35e jour.

Heath. — 21 nov. 1843. — *Med. Gaz.,* Londres, 8 déc. 1843. — Age : 46 ans. — Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie 17 heures après l'opération.

Kimball. — *Boston med. and surgic. Journ.,* mai 1855. — Extirpation de matrice. Guérison. La ligature n'était pas encore tombée 8 mois après l'opération.

Kimball. — *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1855. — Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie le 3e jour.

Kimball. — *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1855. — Extirpation de la matrice. Mort par péritonite le 10e jour.

Kœberlé. — 20 avril 1863. — Voy. obs. II. — *Gaz méd. de Strasb.,* oct. 1863. — Extirpation du corps de la matrice et des deux ovaires. — Guérison complète un mois après l'opération.

Kœberlé. — 19 déc. 1863. — Voy. obs. IV. — Tumeur fibro-cystique. Ablation d'une grande partie de la matrice. Mort par hémorrhagie au 2e jour.

Kœberlé. — 27 sept. 1864. — Voy. obs. V. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice avec amputation de cet organe. Mort par hémorrhagie.

Kœberlé. — 7 mars 1866. — Voy. obs. VI. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice ; amputation de l'organe. Guérison.

Kœberlé. — 23 avril 1866. — Voy. obs. VII. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice ; amputation de l'organe. — Ascite et kyste séreux du péritoine. Mort par syncope, 12 heures après l'opération.

Kœberlé. — 7 juillet 1866. — Voy. obs. VIII. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice, reliée au petit bassin par une adhérence large comme la main. Amputation de l'utérus. Division de l'adhérence par le fer rouge. Guérison.

Parkman. — 8 janv. 1842. — *Lyman's Report,* Boston, 1856. — Age: 27 ans. — Tumeurs fibreuses intertitielles. Ascite. Extirpation de la matrice. Mort par hémorrhagie 12 heures après l'opération.

E. R. Peaslee. — 21 sept. 1853. — *Americ. Journ. of med. sc.,* avril 1853. — Age : 35 ans. — Extirpation de la matrice. Étranglement et gangrène de l'intestin. Mort par péritonite au 5e jour.

Sawyer. — *Americ. Journ. of the med. sc.,* 1860, p. 46. — Extirpation de la matrice. Mort par péritonite au 6e jour.

Storer. — *Amer. journ. of the med. scienc.,* janvier 1866. — Ablation d'une tumeur fibreuse de la matrice, 4 kilogr. Amputation d'une grande partie de l'organe. Guérison.

S. Wells. — Cas communiqué à M. Routh. — Tumeur fibreuse du poids de 15 kilogr., enlevée avec les ovaires. Mort au 4e jour par pyohémie.

S. Wells. — 17 juin 1859. — *Med. Times,* 9 juillet 1859. — Age : 30 ans. — Tumeur fibro-cystique. Ascite. Épanchement pleurétique. Adhérences étendues. Mort par péritonite le 2e jour.

10 opérations d'amputation de matrice, pratiquées par différents chirurgiens ; communiquées, non encore publiées. Mort : 10 cas.

Total : 42 cas. — Guérison : 9 cas. Mort : 33 cas.

DEUXIÈME PARTIE.

ESSAI SUR L'HISTOIRE DES TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES.

CHAPITRE PREMIER.

Division des tumeurs fibreuses de la matrice. — Plan du travail.

«Je cherche à diriger mes efforts vers un but d'utilité.»

Les corps fibreux de la matrice ont été divisés, suivant leur siége, en trois classes : *corps fibreux sous-muqueux ; corps fibreux interstitiels : corps fibreux sous-péritonéaux.*

Les premiers se développent vers la cavité utérine. Ils peuvent distendre cette cavité, franchir le col utérin, descendre dans le vagin, et venir même proéminer à la vulve. Les corps fibreux sous-muqueux s'appellent, à tort peut-être, polypes.

Les corps fibreux interstitiels, dans certains cas, se rapprochent beaucoup des premiers, car ils peuvent aussi envahir la cavité de la matrice et se comporter comme les précédents; ou bien, prenant une direction opposée, ils sont susceptibles de gagner la périphérie de l'utérus et d'aller élire domicile soit dans le petit, soit dans le grand bassin.

Enfin les corps fibreux sous-péritonéaux suivent la direction centrifuge et ils occupent dans l'excavation ou dans l'abdomen un espace plus ou moins considérable, suivant leur développement.

Bayle en 1802, précisa le siége des corps fibreux utérins, et la division que nous venons de donner, généralement admise, est vraie anatomiquement parlant. Toutefois, au point de vue chirurgical ne pourrait-elle pas être simplifiée ? Deux voies seulement permettent d'atteindre ces tumeurs profondément situées dans l'économie : sitôt, en effet, que ces corps fibreux ont acquis un volume assez considérable pour réclamer l'intervention de l'homme de l'art, quel que soit d'ailleurs leur siége primitif,

de deux choses l'une : ou ils se développent du côté de la cavité utérine et peuvent alors être attaqués par les voies génitales; ou ils prennent leur essor vers l'abdomen, et pour arriver à eux il faut fendre le ventre, et aller hardiment à leur recherche en se frayant la route à travers les viscères abdominaux.

De là pour nous, au point de vue du manuel opératoire, deux sortes de corps fibreux utérins :

1° Corps fibreux utérins accessibles aux moyens chirurgicaux par les voies génitales. On peut leur conserver le nom de polypes ; mais nous préférons les appeler *intra-utérins*, par opposition à ceux du second groupe.

2° Corps fibreux utérins inaccessibles aux moyens chirurgicaux par les voies génitales, mais opérables par la gastrotomie. Nous appellerons ces derniers *péri-utérins*, parce que contrairement à la première espèce ils se développent vers la périphérie de l'organe.

Cette division est complète, car dans l'un ou l'autre groupe peuvent entrer tous les corps fibreux quel que soit leur point de départ, ainsi que le démontre le tableau que voici :

1° Corps fibreux *sous-muqueux*		1° *Corps fibreux intra-utérins* opérables par les voies génitales.
2° Corps fibreux *interstitiels*	1° Se développant vers la cavité utérine.	
	2° Se développant vers la cavité abdominale.	2° *Corps fibreux péri-utérins* opérables seulement par la gastrotomie.
3° Corps fibreux *sous-péritonéaux*		

Aux corps fibreux que nous appelons *intra-utérins* se rapportent exclusivement, ou à-peu-près exclusivement, tous les travaux entrepris jusqu'à ce jour sur les corps fibreux de la matrice. Nous n'avons nullement l'intention de nous occuper ici des corps fibreux opérables par le canal génital; un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette variété; ils ont été l'objet d'un nombre considérable de procédés opératoires et d'opérations suivies de chances diverses. Nous ne nous y arrêterons donc pas

plus longtemps, nous bornant à indiquer dans une note [1] les noms des principaux auteurs que l'on peut consulter sur ce sujet.

Les corps fibreux péri-utérins, au contraire, sont demeurés dans l'oubli, parce que, jusqu'à ces dernières années, toute opération définitive tentée à leur endroit passait pour *téméraire, inadmissible;* et si on les trouve mentionnés dans les ouvrages, ce n'est guère qu'à titre de curiosités anatomiques. Nous nous occuperons exclusivement de cette dernière espèce de tumeur.

Voici le plan de notre travail :

PREMIÈRE PARTIE. — Observations.

CHAPITRE PREMIER. — Observations des 8 premières ablations de l'utérus pratiquées par M. le professeur agrégé Kœberlé.

CHAPITRE II. — Analyses des 76 opérations connues aujourd'hui.

DEUXIÈME PARTIE. — Essai sur l'histoire des tumeurs fibreuses péri-utérines.

CHAPITRE PREMIER. — Division des tumeurs fibreuses de la matrice au point de vue de la gastrotomie.

CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.

§ 1er. Anatomie en général { macrographique. / micrographique.

§ 2. Variétés anatomo-pathologiques.

1° Ramollissement; Variétés : a) Sarcomateuse, b) œdémateuse, c) géodiforme, d) kystique, e) gélatineuse, f) suppurative.

2° Induration.

3° Résorption.

[1] Principaux auteurs qui se sont occupés des corps fibreux de l'utérus : Ambroise Paré (Liv. XXIV, chap. XLI). — Chambon (*Mal. des femmes,* T. V). — Morgagni (dans un très-grand nombre de ses lettres). — Baillie (*Anat. pathol.,* chap. XXI, sections IV et V). — Roux (*Journ. de chirurgie et de pharmacie,* germinal an X, T. IV). — Bayle (*Journ. de méd.,* T. V; *Dict. en* 60 *vol.,* art. *corps fibreux*). — Dupuytren (*Leçons orales de clinique chirurgicale : Des tum. fibr. de la matrice*). — Boyer, Cruveilhier (chacun dans leur *Anatomie pathol.*). — Malgaigne (*Thèse de concours,* 1832). — Amussat (*Mémoire sur la nature des tum. fibr. de l'utérus,* 1842). — Jarjavay (*Thèse de concours,* 1850). — Berneaudeaux (*Thèse inaugurale,* 1860). — *Bulletins de la Société anatomique* (Tomes XIV, XV, XVIII, XIX, XXII, XXIV, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX), etc.

§ 3. Fréquence. Origine et causes probables.
§ 4. Changements anatomo-pathologiques produits dans l'abdomen et dans les organes génitaux.
CHAPITRE III. — Histoire pathologique.
§ 1er. Symptômes.
§ 2. Marche. Terminaisons.
§ 3. Récidive.
§ 4. Complications pathologiques.
§ 5. Influence des corps fibreux sur la grossesse.
§ 6. Pronostic.
CHAPITRE IV. — Diagnostic.
D'avec : Rétention d'urine. — Tumeur de la fosse iliaque. — Hématocèle rétro-utérine. — Engorgement chronique péri-utérin. — Hydropisie des trompes. — Hydropisie enkystée du péritoine.
Tumeurs des ligaments larges — des ovaires.
Hydrométrie. — Physométrie. — Hématométrie. — Hydatides utérines. — Tumeurs fibreuses intra-utérines. — Rétroversion. — Grossesse utérine — extra-utérine. — Cancer.

TROISIÈME PARTIE. — Gastrotomie.
CHAPITRE PREMIER. — Histoire générale de la gastrotomie.
CHAPITRE II. — Gastrotomie dans l'ablation de l'utérus.
§ 1er. Opération.
§ 2. Complication pendant l'opération.
§ 3. Pansement et soins consécutifs.
§ 4. Complications après l'opération.
§ 5. Principaux perfectionnements du manuel opératoire, déjà réalisés.
CHAPITRE III. — Résultats fournis par l'opération.
§ 1er. Considérations générales.
§ 2. Examen de 20 cas simples.
§ 3. Examen de 42 cas compliqués.
§ 4. Étude comparative et raisonnée d'environ 400 cas d'ovariotomie.
CHAPITRE IV. — Conclusions.

CHAPITRE II.

Anatomie pathologique.

»Non ego cuncta meis amplecti versibus opto.«
(Virg. Georg., l. II).

§ 1er. *Anatomie en général.*

Un corps fibreux de la matrice [1] est une production accidentelle de nature fibreuse, sorte de «*parasite vivant d'une vie propre au sein de nos organes, auxquels il ne demande que des moyens de nutrition*» (Cruveilhier). Sa forme est plus ou moins arrondie, ovoïde, et sa consistance varie suivant l'espèce. Développé dans un point quelconque du tissu de la matrice, auquel il n'adhère point par continuité de tissu (Bayle), tantôt il y demeure enchâtonné, s'il reste d'un petit volume, tantôt il affecte la forme pédiculée ou sessile. Ce pédicule peut être long ou court, large ou mince, si mince même qu'il peut finir par se rompre, et alors la tumeur flotte en liberté dans la cavité abdominale.

M. Jarjavay, dans sa thèse de concours, a figuré un pédicule filiforme reliant à l'utérus une énorme tumeur.

Variable dans son développement, un corps fibreux peut ne pas dépasser la grosseur d'un grain de chenevis, comme il peut atteindre les proportions les plus considérables. Sloane (*Brit. mod. journ.*, février 1858) en effet a extrait une tumeur du poids de 25 kilogr.; M. le prof. Kœberlé (1re *observation*) en conserve une qui, débarrassée de deux litres de sang, pesait encore, après l'opération, 33 kilogr.; Walter (*Ueber fibröse Körper der Gebärmutter*, Dorpat, 1842) en décrit une de 35, et Siegmund (*Oesterreich. med. Wochenschrift*, 1841) une autre de 37 kilogr.

Le nombre des corps fibreux de la matrice coexistant chez une même malade, n'est pas limité et peut atteindre un chiffre considérable. Ils possèdent constamment une membrane d'enveloppe plus ou moins mince, tantôt enucléable, tantôt très-adhérente (Roux).

[1] Par corps fibreux *sine addito*, nous entendons dans ce travail toujours un corps fibreux *péri-utérin*. Chaque fois donc que nous serons obligé de parler des *corps fibreux en général*, ou des corps fibreux intra-utérins, nous spécifierons le cas.

Les corps fibreux ont généralement un aspect blanchâtre. Coupe-t-on ces tumeurs, elles paraissent comme formées d'un tissu blanc plus ou moins nacré, criant sous le scalpel, et leur coupe laisse suinter un liquide jaunâtre quelquefois gluant.

Depuis quelques années ces tumeurs ont été examinées avec soin par MM. Lebert, Laboulbène et Ch. Robin. M. le prof. agrégé Morel a bien voulu nous donner les explications suivantes : On y rencontre : 1° Élément musculaire lisse, c'est-à-dire cellules allongées, fusiformes, séparées par des sortes de tractus longitudinaux; si on traite par l'acide acétique, on aperçoit un noyau central, allongé, remplissant presque les cellules; le tout est uni par une substance amorphe finement granulée. 2° Élément fibreux, c'est-à-dire fibres se présentant sous l'aspect linéaire, enroulées sur elles-mêmes ou présentant seulement des flexuosités; ces fibres sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins serrées les unes contre les autres; elles sont analogues à la fibre élastique. Leur diamètre varie de 1/900 à 1/100 de millimètre. On pourrait ajouter qu'on y trouve aussi quelquefois du tissu conjonctif, la cellule plasmatique de Virchow, mais comme ce fait n'a que peu d'importance, nous ne nous y arrêterons pas.

Les corps fibreux de la matrice peuvent être composés ou exclusivement de fibres musculaires, ce sont alors des tumeurs hypertrophiques, ou exclusivement de tissu fibreux, ce sont les tumeurs fibreuses pures, ou bien enfin, et c'est la grande majorité des cas, des deux éléments réunis, ce sont alors des productions mixtes que l'on peut appeler fibro-musculaires.

§ 2. *Variétés anatomo-pathologiques des corps fibreux.*

Le corps fibreux, tel que nous venons de le décrire, est passible d'un grand nombre de transformations. Nous les grouperons sous trois chefs :

Il peut se ramollir (Ramollissement des corps fibreux).

— s'indurer (Induration et ossification des corps fibreux).

— être résorbé (Résorption des corps fibreux).

1° *Ramollissement.*

A ce premier groupe se rattachent les transformations sarcomateuse, œdémateuse, géodiforme, kystique, gélatiniforme, suppurative, etc.

a) *Transformation sarcomateuse.* — Tumeur plus ou moins molle; rougeâtre comme du tissu musculaire, ou bien affectant une teinte jaunâtre. Masse unique formée de fibres qui s'enlacent en tous sens. Vaisseaux sanguins bien distincts, développés; veines sans valvules; tissu cellulaire abondant et lâche, placé entre les fibres. C'est la variété de tumeurs utérines *charnues* décrites par Bayle, Boyer, Cruveilhier, Malgaigne, Jarjavay, etc.

b) *Transformation œdémateuse.* — L'œdème se présente à l'état d'infiltration, ou bien le liquide s'accumule pour former ces collections non enkystées que M. Cruveilhier décrit sous le nom de géodes. A l'état d'infiltration l'œdème peut être généralisé ou partiel. Alors, vascularité plus grande de la tumeur, qui devient plus ou moins fluctuante (Guyon). On a aussi comparé cet état à l'œdème des bourses et on a dit qu'il pouvait exister comme lui à l'état aigu ou chronique (Routh). Quoiqu'il en soit, l'œdème par infiltration des tumeurs fibreuses de la matrice n'est pas aussi rare que certains auteurs ont bien voulu le prétendre (Follin). M. Cruveilhier regarde cette altération comme très-fréquente. Entre l'œdème par infiltration et le kyste vrai se placent les géodes de M. Cruveilhier. Voici comment cet auteur les décrit :

c) *Transformation géodiforme.* — «J'ai cru devoir emprunter à la minéralogie cette expression qui donne une idée parfaite de ces cavités, sans «parois propres, presque toujours anfractueuses, que présentent si souvent «les corps fibreux. Ces géodes offrent des différences remarquables suivant «qu'elles contiennent ou ne contiennent pas de liquide. Ainsi il est des «géodes sans liquide qui échappent au premier abord, parce qu'elles paraissent constituer un corps fibreux plein ; il en est d'autres qui contiennent «une plus ou moins grande quantité de liquide.... Le liquide des géodes «utérines est de la sérosité.» (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*).

d) *Transformation kystique.* — Les kystes proprement dits, c'est-à-dire, munis d'une membrane d'enveloppe isolante, paraissent assez rares dans les tumeurs fibreuses. M. Savory, du St-Bartholmeu's Hopital, nie leur existence; MM. Brown, Wells et Atlee, au contraire l'admettent; chacun d'eux prétendant avoir extirpé des tumeurs fibreuses dans lesquelles le liquide semblait manifestement circonscrit par un sac membraneux.

Néanmoins des collections liquides, qu'elles soient géodiformes ou enkystées, se rencontrent fréquemment dans l'intérieur des tumeurs fibreuses utérines. Les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent un certain nombre de ces observations dont voici la substance. Barth (*Bulletin de la Société anatomique,* XXVII): Tumeur fibreuse considérable de la paroi postérieure, contenant un kyste qui fournit trois litres d'un liquide albumineux et citrin. — Gaubier (*Bulletin de la Société anatomique,* XV): Tumeur fibreuse trilobée remplissant la plus grande partie de la fosse iliaque, renfermant des kystes remplis de sérosité sanguinolente. — Rotereau (*Bulletin de la Société anatomique,* XV): Tumeur fibreuse pédiculée remplissant la fosse iliaque droite, prise pendant la vie pour un kyste de l'ovaire, à cause de sa fluctuation due à des kystes qu'elle contenait. — Iccry (*Bulletin de la Société anatomique,* XXVIII): Kystes ovariques et utérins simultanés. — Rieux (*Bulletin de la Société anatomique*, XXIV): Kystes de l'utérus. La malade fut ponctionnée trois fois. Pendant la vie on crut à un cancer compliqué d'ascite. A l'autopsie, tumeur fibreuse et kyste uniloculaire remplissant la cavité abdominale.

Le Dr Atlee rapporte le cas suivant (*Transact. of americ. medic. association,* vol. V): En 1852, une malade se présente à lui et il diagnostique une tumeur fibreuse de la grosseur d'un utérus au 7me mois de la grossesse. En septembre la tumeur dépassait le volume d'une matrice à la période la plus avancée de la gestation, la partie inférieure de l'abdomen était élastique et présentait une fluctuation évidente. En octobre suivant, ponction de deux larges kystes. Le 1er fournit trois pintes d'un liquide noir, mêlé à une grande quantité de sang; et le 2me donna une égale quantité de liquide clair et transparent. En examinant ensuite, la tumeur fibreuse primitive

fut de nouveau constatée (*was recidily felt*). Cependant beaucoup d'accidents malheureux entravèrent la marche de cette observation (air entrant dans la cavité ; suppuration fétide consécutive); la malade finit cependant par bien aller et toutes les traces de tumeur disparurent.

Nous avons cru devoir insister ici sur les exemples, à cause de l'importance de cette transformation au point de vue du diagnostic.

La nature du liquide est variable. Nous avons vu que M. Cruveilhier l'appelle sérosité ; d'autres anatomistes pensent que c'est de la fibrine pure. Le Dr Clark, qui a examiné un grand nombre de ces liquides, admet trois variétés principales. D'après lui, il peut être séreux, gélatineux, sanguinolent. Dans ce dernier cas, il reconnaît pour point de départ une hémorrhagie spontanée ou traumatique ; cette dernière, qui est le cas le plus fréquent, est le résultat des ponctions qui ont pu être faites.

e) *Transformation gélatineuse.* — Elle peut être partielle ou générale. Partielle, elle constitue souvent une variété kystique. Elle est assez fréquente; les observations I et V de M. Kœberlé en offrent de beaux exemples.

f) *Transformation suppurative.* — Ce genre de transformation n'est pas rare. Robert Lee (*Med. chirurg. transact.*, vol. XXXIII), Lisfranc (*Clin. méd. de l'hôpital de la Pitié*, Paris, 1843), Guyon (*Bulletin de la Société anatomique*), Boseredon (*id.* tom. XXIX) parlent d'abcès trouvés au centre de tumeurs fibreuses utérines. (Voir article : Influence des tumeurs fibreuses sur la grossesse, obs. de Marshall Hall). Cette transformation peut être favorable (voir article : Terminaison, obs. Huguier). Non-seulement les tumeurs fibreuses peuvent contenir dans leur profondeur des foyers purulents, mais elles peuvent encore être une cause d'inflammation pour les tissus du voisinage. Dance (*Arch. gén. de méd.* 1826) rapporte l'histoire d'une femme de 42 ans, morte de métro-péritonite ; à l'autopsie, matrice du volume d'une tête de fœtus à terme ; dans la paroi antérieure, foyer purulent pouvant contenir 8 à 10 onces de pus. Au centre de ce foyer, une production charnue trilobée, unie à l'utérus par quatre pédicules courts et étroits.

2° *Induration.*

Les corps fibreux de l'utérus indurés et calcaires sont plus rares que les variétés molles que nous venons de signaler. Cependant ils sont connus depuis longtemps. Bayle (*loc. cit.*) les a bien décrits sous le nom de corps fibreux osseux de la matrice. A Londres, à l'hôpital St-Thomas, on voit deux pierres utérines si dures qu'on a pu les scier et les polir comme du marbre et de l'ivoire. Dans la collection de Howsky, on trouve un utérus de plusieurs livres à cause de la présence de quelques tumeurs fibro-calcaires. Louis, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, a inséré un très bon travail sur ce sujet. D'après les analyses du docteur Bostock ces produits seraient formés par: 1° du phosphate de chaux; 2° de la matière animale; 3° du carbonate et du sulfate de chaux en grande quantité.

3° *Résorption.*

Les corps fibreux peuvent s'atrophier et disparaître. Cette transformation peut être le résultat de l'âge, de la thérapeutique, d'un changement de climat. Elle sera étudiée à l'article *terminaison*.

Ces tumeurs peuvent-elles dégénérer et devenir cancéreuses? Pendant quelque temps la question a paru, pour ainsi dire, négativement résolue. Cependant, nous avons trouvé un petit nombre de cas qui doivent faire admettre des exceptions à la règle générale qu'on a voulu poser. Ainsi M. Hilton (*Trans. med.* XII) a rencontré une tumeur de la matrice qui, après examen, a été reconnue pour une tumeur fibreuse dégénérée. M. Gillet (*Bulletin de la Soc. chir.* Avril, 1861), cite un cas de tumeur fibreuse utérine devenue cancéreuse.

Toutefois ces exceptions sont fort rares et nous aurions de la tendance à croire que les deux cas précités pourraient bien être à la fois des cas de tumeurs fibreuses et de cancer. En effet, nous verrons plus loin que la coexistence de ces deux affections a été assez souvent observée chez une même malade.

§ 3. *Fréquence. Causes. Origine.*

La fréquence des corps fibreux de l'utérus est malheureusement trop bien établie pour nous y arrêter longtemps. Qu'il nous suffise de dire que Bayle (il parle des corps fibreux en général) admet que 20 femmes sur 100 ou 1/5 en sont atteintes. Parmi les élèves en médecine qui ont fréquenté les amphithéâtres il en est bien peu qui n'aient pas rencontré sous le scalpel quelques-unes de ces productions.

Les causes de cette affection si répandue sont encore fort obscures. Le tempérament, l'état de la menstruation, la profession, le genre de vie etc. ne sauraient être pris en considération :

. . . . æquo pulsat pede pauperum tabernas,
Regumque turres. . . . » (Horace. *lib. I. Ad Sextum*).

Le célibat, le mariage, la fécondité et la stérilité ont tour à tour été invoqués avec des interprétations diverses. Bayle, Malgaigne. . . croient que le célibat y dispose plus que le mariage, la stérilité plus que la fécondité. Puchet signale au contraire l'excitation vénérienne comme une cause efficace. Krüll croit aux influences de l'âge, Dupuytren à celles de l'hérédité et Brown accuse l'usage des corsets.

M. Routh pense que les femmes mariées y sont plus sujettes que les filles: il accorde aussi une large part à l'excitation vénérienne et en cela il se rapproche de l'avis de Puchet. L'auteur anglais appuie sa manière de voir sur des chiffres; et bien que ses recherches portent sur les différents genres de tumeurs fibreuses nous croyons devoir en faire mention.

Voici les résultats :

Sur 156	cas de tumeurs fibreuses il trouve	106	femmes mariées ou	68,5 o/o
Sur 152	cas de polypes	—	135	—	82,2 o/o
Sur 301	cas de tumeurs compliquées de polypes	241	—	80,2 o/o

A ces chiffres M. Routh joint la remarque suivante, à savoir, que le nombre des filles, dans les pays où il a puisé ses renseignements, est bien plus considérable que celui des femmes mariées et des veuves.

En Belgique en effet il trouve sur 1000 femmes :

628	filles.
295	femmes mariées.
77	veuves.
1000	

En Angleterre d'après le recensement de 1851 il trouve :

795,590	veuves.
5,441,524	femmes mariées.
6,478,805	filles.

Donc excédant considérable de filles ; et par conséquent prédominance bien marquée des tumeurs fibreuses chez les femmes mariées ; d'où l'auteur conclut à l'influence des excitations sexuelles sur la production de ces tumeurs.

De plus, l'âge auquel apparaissent ces tumeurs, l'époque à laquelle elles ont dû prendre naissance, l'influence salutaire exercée sur elles par la ménopause, ainsi que nous le verrons plus tard, viennent encore confirmer cette manière de voir. Sur 100 femmes, en effet, prises au hasard dans la Grande Bretagne, M. Routh trouve, de 35 à 40 ans, 22 cas de tumeurs fibreuses chez les femmes mariées ou veuves ; et 5 cas seulement chez les filles. — 61 cas fournis par M. le Dr West donnent les résultats suivants :

Age de la malade.	1er cas tombant sous l'observation.	Symptômes commençants.
Au-dessous de 20 ans	—	2
de 20 à 30 »	6	11
de 30 à 40 »	23	28
de 40 à 50 »	25	17
de 50 à 60 »	7	3

Mais si les corps fibreux tombent sous l'observation de 30 à 50 ans et cela dans une proportion telle que cette période doive être prise pour la règle, si de plus on tient compte du temps nécessaire au développement

des productions fibreuses, on trouve que l'âge vers lequel se développe le corps fibreux est de 20 à 35 ans environ. Or, n'est-ce pas là par excellence, chez les femmes la période de suractivité utérine, le temps des désirs sexuels, et des sensations voluptueuses? M. Routh nous semble donc avoir raison.

Théories. — Comment se développent ces corps fibreux? Quel peut en être le point de départ? — Questions encore enveloppées d'une obscurité profonde. — Lisfranc pense qu'ils sont dûs à des congestions utérines. Walther, cité par Palletta, leur assigne pour origine l'épanchement d'une goutte de sang menstruel, ou toute autre humeur acrimonieuse. Blandin émet l'idée qu'ils pourraient bien être produits par un épanchement de sang dans quelques-unes des veines anfractueuses de la matrice. M. Velpeau suppose un épanchement de sang dans l'épaisseur du tissu utérin. On les a aussi considérés comme des môles de menstruation; ou comme le résultat d'un épanchement de lymphe plastique; ou enfin comme l'organisation d'un dépôt de fibrine dû à une hypersécrétion de ce liquide.

On trouvera dans le T. 27 des *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, (1852), à propos d'une présentation de tumeur fibreuse faite à la Société par M. Hollaind, une discussion très-intéressante dans laquelle M. Lebert prétend que ces productions morbides sont dues à une hypertrophie du tissu utérin. M. Verneuil appuie aussi cette manière de voir. MM. Lebert et Verneuil ont-ils raison? Les recherches à venir nous le diront.

§ 4. *Changements que les corps fibreux produisent dans l'abdomen et principalement dans les organes génitaux.*

Moins fréquents que dans les cas de tumeurs intra-utérines, les changements apportés dans les organes génitaux par les corps fibreux péri-utérins, doivent cependant être signalés.

Sont-ils munis d'un pédicule long et étroit la matrice est à peine affectée; sessiles au contraire, et nés dans les profondeurs des parois, ils peuvent causer des changements notables.

Alors l'utérus, tiraillé par la tumeur qui grandit, augmente de volume ; tantôt il est déjeté à droite ou à gauche, projeté en avant porté en arrière; tantôt refoulé vers le vagin ou remonté dans l'abdomen, suivant le siège de la tumeur. Sa cavité peut conserver sa capacité, sa forme normales ; d'autrefois elle gagne ou perd en surface, au point de ne plus présenter qu'une sorte de canal aplati, incurvé.

Le col subit aussi des modifications diverses; il en est de même pour le vagin; mais pour ne pas nous répéter nous renvoyons à l'art.: symptômes. (Toucher vaginal).

Dans le petit bassin, le rectum et la vessie sont les plus exposés à ressentir les funestes effets de ces productions morbides. Comprimés par elles, ils peuvent, l'un et l'autre, devenir le siège d'inflammation, même de gangrène. Le col de la vessie, son canal excréteur sont souvent aplatis, étranglés, la vessie elle-même est chassée de sa position, lésée dans sa forme et son volume.

Il y a quelques mois, une femme de 27 ans entrait à la clinique de chirurgie, service de M. le professeur Sédillot, pour une double retention d'urine et de matières fécales, complète depuis quelques jours. Abdomen volumineux, présentant profondément une tumeur arrondie, très-compacte, antérieurement une large surface fluctuante. — Toucher vaginal : Cul de sac postérieur refoulé et comblé par une tumeur compacte. Col en avant et très-haut. Utérus immobile. — Toucher rectal; tumeur remplissant le petit bassin. Elle était compacte, très-dure, complètement immobile. Le cathétérisme vésical présentait la particularité suivante : Une sonde de gomme élastique pénétrait facilement dans la vessie qu'elle vidait sans peine, et la partie fluctuante signalée à l'hypogastre diminuait d'autant. Si alors on poussait la sonde en haut et en avant, on pénétrait, mais avec difficulté, dans une seconde poche. Au moment de l'entrée il s'écoulait deux ou trois gouttes de liquide, puis tout écoulement cessait, la sonde qui pouvait pénétrer encore à une certaine profondeur, restait fixe dans les mouvements de latéralité. — M. le professeur Stoltz, appelé en consultation, prit une sonde d'homme en étain. (Dans aucun cas cet éminent

professeur ne se sert de la petite sonde, dite sonde de femme, mais toujours d'une sonde d'homme). Il pénétra facilement dans la première poche, qui se vida comme de coutume; mais il éprouva de la résistance pour faire glisser l'algalie jusque dans la deuxième cavité. Dès qu'il y pénétra il y eut un jet d'urine considérable et continu; et la tumeur fluctuante disparut en totalité.

La vessie distendue était donc séparée en deux compartiments. Il est probable que cette séparation était due à une saillie antérieure du produit morbide; car la sonde élastique poussée avec force pouvait franchir l'obstacle, mais son élasticité était trop faible pour contrebalancer l'élasticité de la tumeur; la lumière de la sonde était donc effacée d'où suppression de l'écoulement. Au contraire la sonde métallique offrant une plus grande résistance, maintenait son calibre, ce qui fait que la collection liquide fut rapidement vidée.

La tumeur peut même agir sur les uretères; alors le conduit s'aplatit et se ferme; le cours de l'urine est suspendu; et le canal, distendu au-dessus du point comprimé, forme un réservoir aussi dangereux qu'insolite (Routh).

Dans le grand bassin, les corps fibreux chassent devant eux épiploon et intestins, les refoulant dans les flancs ou dans les hypochondres; et s'ils viennent à grandir au point de gagner la face inférieure du diaphragme, ils s'en vont déplacer le colon transverse, l'estomac, dévier même les fausses côtes, et produire, jusque dans la cage thoracique, des déformations toujours gênantes et souvent dangereuses (obs. I).

Les parois abdominales se distendaient comme dans la grossesse: on les a même vues perforées et gangrénées.

M. Pineau, en 1818, en présenta un remarquable exemple à la *Société anatomique de Paris*; le fait fut examiné par M. Cruveilhier, qui reconnut une tumeur fibreuse. M. Loir, 1851, cite dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*, l'observation d'une tumeur grosse comme le poing, qui faisait saillie à la région hypogastrique au travers de la peau gangrenée. M. Kœberlé en a déjà vu un exemple, chez une malade près de laquelle il avait été appelé à Bade.

CHAPITRE III.

Histoire pathologique.

Si veritati consonat nostra sententia gaudeo, sin minus, libenter corrigi me patiar.
(Baglivi. prax. med. T. I.)

§ 1er. *Symptômes.*

Les symptômes des tumeurs fibreuses péri-utérines se divisent naturellement en symptômes subjectifs et en symptômes objectifs; on peut leur reconnaître deux périodes: période de début; période de tumeur confirmée.

Par période de début, nous entendons tout le temps qui peut s'écouler depuis l'instant où la production morbide prend naissance jusqu'au moment où elle devient accessible au toucher, quelle que soit la voie par laquelle on cherche à l'atteindre —. La 2e période comprendra donc tout le temps qui s'écoule depuis le moment où la tumeur devient accessible au toucher jusqu'à celui où elle peut être enlevée ou disparaître.

Symptômes subjectifs. Période de début. — Le plus souvent, les symptômes subjectifs sont nuls à cette période, pendant laquelle le mal peut demeurer à l'état latent d'une façon absolue. Quelquefois, cependant, la malade accuse quelques douleurs vagues dans le petit bassin; plus tard elle localise leur siège à l'hypogastre, aux régions sacrées ou périnéales, aux cuisses.... ce sont des pendiculations, de la fatigue, un sentiment de pesanteur, des tiraillements.... etc. Plus tard aussi peuvent survenir des envies d'uriner plus fréquentes, un certain degré de tension vésicale, de la difficulté dans les garde-robes. Mais, la plupart du temps, quand apparaissent ces deux derniers signes, la tumeur est déjà appréciable au toucher, et l'on entre dans la deuxième période.

Période de tumeur confirmée. — Même pendant cette seconde période les symptômes subjectifs peuvent rester longtemps peu marqués; et ce n'est que si la tumeur a acquis un notable volume qu'aux

symptômes ci-dessus relatés viennent s'adjoindre les suivants. C'est ainsi qu'aux envies plus fréquentes d'uriner peuvent succéder des difficultés plus ou moins grandes dans la miction; et ces difficultés peuvent affecter tous les degrés, depuis une simple dysurie jusqu'à l'anurie la plus complète. Rappelons ici, que cette anurie peut tenir à deux causes bien différentes au point de vue du pronostic : ou il s'agit d'une pression exercée en un point quelconque de la vessie et de son canal excréteur; ou ce qui est bien autrement grave, la compression s'exerce sur les uretères, et la malade n'urine plus parceque la route est coupée entre les reins et la vessie.

Du côté des voies digestives, on a noté des phénomènes divers. Souvent les digestions deviennent pénibles, parfois il y a nausées, vomissements, alternative de diarrhée et de constipation. Ce dernier signe est trop fréquent pour ne pas nous arrêter un instant. Souvent après les selles, la malade éprouve une sensation de défécation incomplète qui la tourmente et l'engage à tenter des efforts aussi fatigants qu'inutiles. Cette sensation gênante et trompeuse peut être fugace ou persister pendant un temps relativement considérable 20, 30 minutes même après chaque garde-robe. Puis, surgissent des difficultés plus grandes de défécation : selles pénibles, douloureuses; constipation de cause toute mécanique, selles vraiment incomplètes d'où accumulation de matières fécales dans le gros intestin et partant coliques violentes, tantôt sèches, tantôt diarrhéiques, véritables débâcles qui soulagent un instant; plus tard enfin défécation impossible et toutes les tristes conséquences qui peuvent s'en suivre si l'on ne se hâte d'y porter remède en opérant.

La circulation générale peut être entravée; cependant la tumeur peut comprimer un point quelconque, de l'aorte ou de ses branches de terminaison, des veines hypogastriques ou de la veine cave inférieure, d'où résultent pour la malade tous les embarras, dûs à une suppression plus ou moins complète de la circulation,

Plus rarement encore l'hématose est atteinte; et ce n'est que dans le cas d'une tumeur énorme que la fonction respiratoire peut être lésée. Cependant nous avons vu que le diaphragme pouvait être refoulé vers la cage

thoracique, que les fausses côtes avaient été trouvées considérablement déviées en-dehors et relevées par la tumeur ; aussi dans ces cas trouvons-nous une cyanose considérable et une dyspnée aussi insupportable qu'inquiétante.

Du côté des organes génitaux, la femme accuse aussi des symptômes multiples. Souvent elle se plaint d'écoulements de nature variable entre les époques, tels que flueurs blanches, flot de liquide filant, albumineux, transparent, s'écoulant par ondées plusieurs fois dans un jour ; dysménorrhée, aménorrhée quelquefois, rarement hémorrhagie. Notons en effet, que cet accident, si redoutable dans les tumeurs intra-utérines, fréquent dans les maladies de l'ovaire est au contraire fort rare dans le cas de corps fibreux péri-utérins. Cruveilhier a signalé ce fait depuis longtemps et les recherches de MM. Clintock et Routh le prouvent d'une façon évidente.

En effet, sur 25 cas de corps fibreux quelconque, M. Clintock trouve 11 cas sans hémorrhagie et sur ces 11 cas, 5 fois la tumeur était *sous-péritonéale*; et si nous rapprochons ces recherches des investigations de M. Routh, il nous sera permis de penser que les 6 autres cas, appartenaient aux tumeurs péri-utérines.

Car M. Routh analysant 61 cas de tumeurs fibreuses, prises au hasard, trouva : (le symptôme hémorrhagie ayant été 13 fois passé sous silence), 48 cas, sur lesquels il y eut 34 fois hémorrhagie et 14 fois absence de ce symptôme. Or, sur les 34 cas avec hémorrhagie une seule fois la tumeur était péri-utérine ; les 33 autres tumeurs faisaient plus ou moins saillie dans la cavité de l'organe. Au contraire dans les 14 cas sans hémorrhagie, 5 fois la tumeur était franchement extra-utérine ; et des 9 autres, une seule proéminait dans la cavité de la matrice, encore dans ce cas fut-il constaté à l'autopsie que l'orifice interne était bouché (*But the internal os was closed*); une des femmes était en état de grossesse.

De ces faits ne devons-nous donc pas conclure que dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines, l'hémorrhagie est une exception rare, très-rare même et qu'au contraire l'état normal, sauf la dysménorrhée, est la règle? Toutefois dans un petit nombre d'observations nous avons constaté

la marche suivante : au début : règles normales, 4 à 5 jours de durée; plus tard elles coulaient pendant 7 à 10 jours; plus tard encore, elles reparaissaient toutes les 3 semaines et finissaient par revenir chaque 15 jours.

Symptômes objectifs. — Ce sont les plus importants; mais ils n'apparaissent qu'avec la deuxième période. Bon nombre d'entre-eux sont alors faciles à percevoir et pour les découvrir il faut faire appel principalement à trois sens : la vue, le tact et l'ouïe. Les symptômes sont extrêmement variables dans leurs nuances et ce que nous avons dit à l'article anatomie pathologique, explique facilement ces différences.

Aspect. — Si le corps fibreux n'a pas franchi le détroit supérieur l'œil ne découvre rien à l'inspection de l'abdomen ; mais vient-il à saillir au-dessus des pubis, les parois abdominales sont distendues et sillonnées de veines volumineuses. L'abdomen peut successivement offrir à l'œil les différences d'aspect que présente le ventre d'une femme pendant la grossesse. La distension peut même aller beaucoup au-delà; (voir 1re obs. de M. Kœberlé).

Palper abdominal. — La main portée sur le ventre trouve une tumeur de volume variable, solide, ronde ou ovoïde, lisse ou lobulée, compacte, non douloureuse à la pression, quelquefois multiple. Cette tumeur affleure à peine le pubis ou s'élève dans le grand bassin. Dans ce dernier cas elle occupe généralement la ligne médiane, remontant plus ou moins haut du côté de l'ombilic ou de l'épigastre ; elle peut, néanmoins, occuper une région latérale quelconque. Sur les côtés de la tumeur les parois sont souples, dépressibles, elles contrastent avec la résistance qu'on éprouve au niveau des corps fibreux.

Si la sensation tactile fournie par les tumeurs fibreuses était toujours aussi nette et aussi tranchée, l'histoire de ces tumeurs serait bien moins obscure. Malheureusement il n'en est point ainsi, et les nombreuses transformations que nous avons signalées ailleurs, ont déjà dû faire pressentir les variations nombreuses que la main peut percevoir en palpant le ventre d'une femme atteinte de cette affection.

A côté donc de l'extrême dureté qu'offrent certaines de ces tumeurs nous devons signaler une extrême mollesse. Car, suivant l'espèce, elles peuvent présenter tous les degrés possibles depuis l'élasticité la plus douteuse jusqu'à la fluctuation la plus nettement accentuée. Voilà pourquoi dans les cas d'œdème par infiltration, par exemple, d'état gélatiniforme, de dégénérescence graisseuse.... la tumeur donnera une sensation d'élasticité, et pourquoi un état subfluctuant, fluctuant, soit en masse soit en totalité, devra faire penser aux transformations géodiforme, kystique, suppurative.... etc....

Toutefois une particularité sur laquelle nous croyons devoir insister, c'est le singulier mode de transmission du choc consigné dans la 1re observation de M. Kœberlé. Là, en effet, la sensation d'un flot de liquide paraissait tellement manifeste, *qu'on ne pouvait conserver aucun doute sur la présence d'un liquide.* Cette sensation était surtout évidente à gauche. *Les chocs les plus légers étaient très-nettement transmis à* 20 *ou* 30 *centimètres de distance.* Singulière sensation, bien propre à induire en erreur et à faire croire à l'existence d'un kyste multiloculaire. Pourtant il n'en était rien! Car, examinée après l'extirpation, cette tumeur présentait un *tissu mollasse en plusieurs endroits, criant sous le scalpel et ondulant comme une masse de gelée sous l'influence d'un choc très-léger.* Il était sillonné et traversé par des veines très-nombreuses et très-volumineuses, et infiltré d'un liquide épais et filant. Mais de collection liquide, point.

M. Bourcy (*Bull. Société anatom.*, T. III) relate un fait analogue observé à l'hôpital Cochin, service de M. Gosselin. A la coupe, la tumeur était d'aspect marbré, comme ecchymosé et de consistance variable. Le moindre choc y produisait du tremblottement.

Le corps fibreux peut être libre ou immobile. Dans ce dernier cas des adhérences isolées ou en masse se fixent sur un ou plusieurs points de la cavité. Ces adhérences peuvent exister sur toute la tumeur ; nous en avons vues qui emprisonnaient le corps fibreux comme dans une coque. Elles sont dues à des péritonites antérieures ayant eu souvent pour causes

des manœuvres thérapeutiques demeurées inutiles ; elles peuvent aussi être spontanées.

Si la main fait jouer librement les parois abdominales sur la tumeur, si cette dernière se laisse facilement déplacer, on doit conclure à la non existence d'adhérences et vice versa. La mobilité de l'ombilic est ici un bon signe.

Mais le jeu des parois abdominales est-il toujours facile à obtenir, facile à apprécier! Non, malheureusement. Deux circonstances nous semblent particulièrement propres à rendre obscur cet état de mobilité ou de fixité. D'une part, on peut avoir affaire à une femme très-grasse, d'un autre côté la tumeur, sans être flanquée d'adhérences, peut cependant demeurer solidement enclavée dans le petit bassin.

Il est en effet des femmes dont la paroi abdominale est extrêmement riche en tissu graisseux, chez lesquelles même ce tissu est œdématié, infiltré, ainsi que nous l'avons vu en semblables circonstances; d'autres peuvent présenter une flaccidité considérable des parois, due à des grossesses antérieures.... autant de circonstances qui peuvent faire croire à une absence d'adhérences démentie plus tard par l'autopsie ou l'opération; de même qu'une rigidité extrême du ventre peut faire tomber dans l'erreur opposée.

Se prononcer sur la présence ou l'absence d'adhérences est quelquefois aussi épineux que de préciser s'il y a vraiment, ou non, fluctuation. Il faut alors varier la position de la malade ; l'examiner dans différentes attitudes et ne pas craindre de la placer sur les genoux et les coudes, par conséquent le ventre en bas ; ainsi qu'on le pratique pour des accouchements difficiles. Dans cette situation, le corps fibreux pèse ainsi de tout son poids sur la paroi abdominale ; et partant le frottement, le frémissement produits par les plus petits mouvements de la tumeur seront d'autant plus perceptibles, soit à la main soit au stéthoscope appliqués sur l'abdomen, que ces frottements et ces frémissements seront produits par un corps plus pesant.

Cependant il ne faut pas oublier que les intestins et l'épiploon étant éminemment mobiles, sont entraînés sans efforts par la tumeur à laquelle ils peuvent adhérer; on ne peut donc jamais acquérir la certitude d'une absence d'adhérences avec ces organes, on peut seulement avoir des présomptions à cet égard, en se basant sur les accidents survenus du côté du péritoine, pendant le cours de la maladie.

Soit maintenant une tumeur enclavée dans le petit bassin; alors il peut y avoir une immobilité trompeuse; dans ce cas encore, nous pensons que la position indiquée plus haut pourrait ne pas être inutile, alors même que dans la station debout on n'aurait pu saisir aucun vestige de ballottement, de mobilité. Car cette position rend les manœuvres du chirurgien plus faciles: elle lui permet de déployer une force plus considérable. Mais, il faut en convenir, il est des cas où la tumeur est tellement fixe, même en l'absence de toute adhérence, qu'il est impossible de se prononcer.

Le palper abdominal peut encore, jusqu'à un certain point, indiquer une union probable entre la tumeur et l'utérus. Si la main, placée de champ, et appuyée par son bord cubital, immédiatement au-dessus du pubis, s'enfonce facilement et profondément dans l'abdomen, il est supposable que la production morbide appartient plutôt à l'ovaire qu'à l'utérus, ou au moins que la tumeur implantée sur ce dernier organe lui est unie par un pédicule long et délié.

En palpant l'abdomen on peut reconnaître le siège des principaux vaisseaux, car le battement des artères perçu au travers des parois du ventre a souvent indiqué le trajet des vaisseaux, fait présumer leur calibre.

Toucher vaginal. — L'index introduit par les voies génitales constate:

Culs-de-sac plus ou moins effacés, tiraillés, ou refoulés et saillants. Vagin souvent diminué d'étendue, surtout quand la tumeur plonge dans l'excavation; allongé, au contraire, si la tumeur dépassant le détroit supérieur prend un point d'appui sur ce même détroit et attire l'utérus en haut. — Col le plus généralement de consistance et de forme normales. Cependant on l'a quelquefois trouvé allongé, d'autrefois diminué de volume, effacé, dévié, bien qu'il puisse conserver ses rapports normaux. Rarement

son orifice est entr'ouvert et ramolli. La profondeur à laquelle on le rencontre varie avec les dimensions nouvelles du vagin. Dans plusieurs observations nous avons remarqué qu'on ne le trouvait point du tout, il était trop élevé pour que le doigt pût l'atteindre.

Un point indispensable à constater c'est la relation qui existe entre le col et la tumeur; ce qui se déduit du mode de transmission des mouvements; c'est-à-dire de l'action que les mouvements communiqués à la tumeur, par exemple, peuvent exercer sur le col et réciproquement.

On constate les mouvements transmis en introduisant un doigt dans le vagin ; ce doigt reconnaît le col et demeure en contact avec lui pendant que l'autre main fait exécuter à la tumeur, par le palper abdominal, des mouvements en différents sens. La contre-épreuve a lieu en imprimant au col des mouvements divers ; l'autre main appliquée sur le ventre, demeurant immobile et cherchant à constater la transmission des mouvements à la tumeur.

Une autre circonstance importante à déterminer c'est la mobilité ou l'immobilité de l'utérus; quand le tact est insuffisant M. Routh emploie l'instrument que voici. C'est un speculum dont l'extrémité profonde est fermée par une membrane en caoutchouc et l'extrémité externe par un tube de verre, convenablement gradué et clos par un robinet. Le tout est rempli d'eau et le robinet étant fermé, l'extrémité bouchée par la membrane est appliquée soigneusement contre l'utérus. Alors on ouvre le robinet. Si la femme est bien portante, l'eau est agitée par deux mouvements différents : L'un correspond au pouls, l'autre à la respiration. Car si la personne retient son haleine le mouvement de l'eau est très-faible, mais isochrone au pouls : si au contraire, elle respire fortement, le niveau de l'eau s'élève et s'abaisse alternativement d'une quantité considérable, ce qui prouve que l'utérus, comme les autres viscères, obéit aux mouvements du diaphragme. M. Routh prétend, que dans les cas d'hématocèle rétro-utérine il a constamment trouvé l'absence du mouvement respiratoire, tandis que, dans ce cas il a toujours noté le mouvement dû aux artères.

Toucher rectal. — Tout ce qui vient d'être dit sur le toucher vaginal

direct s'applique au toucher par le rectum ; nous ne nous y arrêterons donc pas plus longuement. Mais il est un autre mode d'exploration, que par opposition au toucher immédiatement exercé avec l'index, nous appellerons toucher indirect ; c'est l'exploration au moyen des sondes. Ces recherches au moyen des sondes peuvent être pratiquées, isolément ou simultanément par la vessie, la cavité utérine et le rectum ; cette application des sondes a pour but de constater le volume de l'utérus, le siège probable de la tumeur sur telle ou telle paroi de l'organe, la mobilité de la tumeur, l'état des parties circonvoisines etc. Les indications fournies par les dimensions de la cavité utérine, ont une grande valeur.

Passons aux symptômes perçus par l'oreille; ils se groupent sous deux chefs : Percussion ; auscultation.

Percussion. — Dans toute l'étendue de la tumeur matité absolue, faisant contraste avec la sonorité des parties périphériques dans lesquelles sont refoulés les intestins ; élasticité nulle ou sensible, fluctuation, suivant la variété de la tumeur.

Auscultation. — L'auscultation fournit les signes les plus précieux, ils peuvent être rapportés à trois types : 1° Bruit de souffle ; 2° Bruit de thrill; 3° Bruit cardiaque simple ou double. Voyons leur importance.

1° *Bruit de souffle.* — Il peut affecter deux formes; a) Bruit placentaire, vésiculaire; b) Souffle proprement dit, ou souffle tubaire, Bruit de diable.

a) *Bruit placentaire ou vésiculaire.* — C'est un bruit analogue au bruit placentaire de la grossesse. Voici comment le décrit et l'apprécie le Dr Clintock (*Diseases of vomen*). Nous traduisons : «Ce bruit est isochrone «avec celui du pouls ; tantôt court et précipité, il fournit une seule bouffée «à chaque pulsation ; tantôt prolongé et musical, il ne saurait être dis-«tingué du *bruit placentaire* par l'oreille la plus finement exercée. Il peut «devenir intense et bruyant pendant quelques pulsations ou bien il est «faible et à peine appréciable. De plus une pression modérée exercée par «le stéthoscope peut le faire diminuer et même disparaître; ce bruit s'entend «aussi bien chez les malades qui n'ont éprouvé aucune perte sanguine

«que chez celles qui sont anémiques.... Cet intéressant phénomène ne «saurait cependant être d'une grande valeur, car on l'entend aussi dans «la grossesse et la maladie des ovaires ; or, ces deux affections sont les «plus faciles à confondre avec les tumeurs fibreuses.»

b) *Souffle tubaire.* — Un bruit bien plus facile à constater est celui que l'on entend, en général, au niveau des gros vaisseaux. Il simule ou le souffle tubaire de la pneumonie ou le bruit de diable de la chloro-anémie. Tantôt localisé, tantôt disséminé, ce bruit peut même être transmis par le vagin et le périnée. Même valeur que le bruit précédent à moins toutefois qu'il ne soit accompagné du phénomène ci-dessous.

2° *Bruit de thrill.* — On a noté dans certains cas de tumeurs fibreuses, un bruit en tout semblable au bruit de thrill des anévrysmes variqueux. Non avertis de cette particularité les observateurs ont été induits en erreur.

Dans le XXVe vol. des *Bulletins de la Société anatomique,* M. Hérard en cite un remarquable exemple. Une femme d'une constitution chétive se plaignait de battements à l'épigastre. On ne trouvait pas de tumeur au toucher, mais à l'auscultation on entendait du souffle et un bruit de thrill. On diagnostiqua un anévrysme. La femme mourut de phthisie et à l'autopsie on trouva une tumeur très-dure qui par la compression qu'elle exercait sur l'aorte, produisait le souffle et le bruit. (Voir l'observation relatée à la fin de ce chapitre).

Nous pensons, avec M. Routh, que ce thrill doit être pris en grande considération puisque cet auteur prétend qu'on ne l'a pas encore noté ni dans la grossesse ni dans les kystes ovariques.

3° *Bruit cardiaque.* — Un bruit sur lequel on n'a pas encore insisté, c'est la transmission des bruits du cœur, par les tumeurs fibreuses. M. Routh le range parmi les signes les plus significatifs. Comme timbre, ce bruit se rapproche beaucoup du souffle tubaire; mais il en diffère en ce qu'il est la transmision fidèle des bruits du cœur. Ce bruit cardiaque peut être unique ou double; unique, il est toujours *isochrone à la systole de l'organe;* double, il répond aux deux bruits du cœur. M. Routh le différencie de l'*impulsion* transmise par certains kystes de l'ovaire : il affirme, en effet, avoir cons-

taté cette impulsion dans un cas de kyste de l'ovaire sans avoir pour cela pu entendre le bruit cardiaque. Il pense même que cette transmission des bruits est peu admissible dans l'hydropisie ovarique et dans la grossesse. Il appuie sa manière de voir sur les propriétés conductrices du son par les solides et par les corps mous ou liquides. Chacun sait, en effet, que le pouvoir conducteur de ces derniers est de beaucoup inférieur à celui des solides; or il en tire cette conclusion : que, toutes choses égales d'ailleurs, quand une tumeur transmet le 1er bruit; ou, ce qui est encore plus sûr, les 2 bruits du cœur, il y a toutes chances pour avoir affaire à une tumeur solide. Cette conclusion de Routh n'est, ce nous semble, applicable que dans le doute entre une tumeur fibreuse et un kyste; car la transmission des bruits cardiaques dans la grossesse n'est pas un fait aussi rare que paraît le croire l'auteur anglais. Nous les avons entendus quelquefois; et dans un cas de fœtus mort, ils étaient transmis avec une netteté remarquable.

Le bruit cardiaque peut s'entendre sur n'importe quel point de la tumeur; il peut aussi être perçu en appliquant le stéthoscope, soit dans le vagin, soit même sur le périnée si la femme est maigre (*If the woman be not too fat, and have a good perinœum*).

Aux moyens d'exploration que nous venons d'indiquer, il faut encore joindre les ponctions exploratrices (en Angleterre et en Amérique on ne recule même pas devant une incision exploratrice); et à côté des symptômes fournis par l'abdomen, il ne faut pas oublier l'examen des mamelles. Nous verrons bientôt en parlant du diagnostic de la grossesse, quels sont les caractères différentiels.

Pour terminer, nous citerons une remarquable observation rapportée par M. Routh dans son ouvrage : Elle résume en effet d'une façon à-peu-près complète le plus grand nombre des principaux symptômes qui peuvent être constatés dans l'examen des tumeurs fibreuses. Nous traduisons :

«Miss. C.... 42 ans, tempérament robuste, règles toujours bien régulières durant 5 ou 6 jours. Santé excellente, jusqu'à ses cinq dernières

«années. Règlée entre 17 et 18 ans. A 22 ans dysménorrhée; depuis, cet «accident n'a plus reparu. D'abord pendant 2 ans, règles moins promptes «coulant toute une semaine et empiétant même sur la semaine suivante. «Leur prolongation n'était pas dûe à la présence de caillots sanguins, «mais à un écoulement anormal d'*eau* assez considérable pour imbiber ra«pidement deux serviettes pliées en plusieurs doubles. Depuis 3 ans 1/2, «quand elle se lève, douleur dans les flancs avec sentiment de pesanteur «et de torsion; au bout de quelques minutes la position debout devient «très-pénible. Il y a 6 mois en se frictionnant le ventre, pour des maux «d'estomac, elle sentit une grosseur dans la région iliaque gauche.

«*État actuel.* — Les seins n'offrent rien de bien remarquable; autour «du mamelon, pas d'aréole marquée, seulement quelques petits follicules «blancs et arrondis.

«*Palper abdominal.* — Tumeur large; il y a peu de temps encore on «ne la trouvait pas quand la malade était debout, mais aujourd'hui on la «constate facilement, même dans cette position. Toutefois cette manœuvre «est très-douloureuse. La tumeur est toujours plus sensible, plus volumi«neuse pendant les jours qui précèdent les règles. Matité s'élevant environ « à 4 pouces (anglais) au-dessus du pubis. A distance à peu près égale «entre le pubis et l'ombilic on trouve une saillie de la grosseur d'une «pomme, soulevant fortement la paroi abdominale en ce point. Cette pro«éminence est ronde, et la main la saisit facilement par sa partie supé«rieure. La matité s'élève au même niveau vers le flanc gauche, mais de «ce côté, à 2 pouces en-dehors de la tumeur, la région cœcale est sonore; il «en est de même pour les 2 hypochondres. Toutes les parties mates sont «dures au toucher. La proéminence centrale est mobile sur le reste de la «tumeur; du côté droit on l'amène très-près du ligament de Poupart; du côté «gauche elle en reste distante d'environ 1 pouce. Dans l'un et l'autre cas on «sent un cordon fortement tendu allant de la partie postérieure de la «tumeur à cette partie saillante.

«*Auscultation.* — En avant de la tumeur, bruit tout-à-fait musical *avec* «*thrill*; ces bruits se prolongent du côté droit; mais ils disparaissent pen-

«dant les grandes inspirations. Au-dessus de la proéminence; rien; mais «juste au-dessous d'elle et jusqu'au pubis *souffle tubaire* très-marqué. Sur «le côté gauche de la tumeur *bruit vésiculaire* très-doux.

«*Toucher vaginal.* — Orifice du col très-petit, très-élevé au-dessus du «pubis, lèvres petites. En arrrière du vagin, cavité pelvienne remplie par «une masse dure, lisse, légèrement lobulée, et semi-élastique dans sa par-«tie la plus déclive. La sonde utérine pénètre d'une profondeur normale, «mais elle indique une antéversion et une inclinaison légères de l'utérus «sur le côté droit.

«*Toucher rectal.* — Mêmes résultats que le toucher vaginal; il confirme «la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac postérieur.

«*Sonde vésicale.* — Elle indique que la vessie se dirige un peu vers la «droite.

«*Vaginoscope.* — Rien.

«*Ponction exploratrice.* — La partie inférieure de la tumeur ponc-«tionnée, donne environ 1/2 once de sérum. La nature de ce liquide a été «constatée par le microscope. Cette ponction occasionna une forte hémor-«rhagie, dont cependant le fer rouge finit par avoir raison.

«*Diagnostic.* — Tumeur fibreuse utérine avec pédicule implanté sur la «paroi postérieure de cet organe, et œdème par infiltration dans la partie «inférieure de la tumeur.»

§ 2. *Marche. Terminaisons.*

Marche. — La marche des tumeurs fibreuses péri-utérines est en général très-lente; le mal peut progresser pendant de longues années sans atteindre un volume exagéré. Bayle cite une dame, qui, morte de péritonite aiguë a 82 ans, portait une tumeur fibreuse depuis sa 35me année; et cela sans gêne trop considérable.

Néanmoins on a vu des corps fibreux prendre un accroissement rapide : les tumeurs décrites par Walter (35 k^{os}) par Siegmund (37 k^{os}) avaient mis environ dix années à le développer. Et si l'on considère que de 1858 à 1863,

la première opérée de M. Kœberlé a vu sa tumeur mesurer 1m 70 de circonférence et arriver au poids de 33 kilos, on en conclura au moins qu'il faut être en garde du côté du pronostic; et que les choses sont loin d'être aussi bénignes que dans le cas plus haut mentionné.

D'ordinaire ces tumeurs acquièrent un accroissement progressif, cependant on a noté des tumeurs à marche périodique, capricieuse. Les unes, en effet, augmentent sensiblement de volume pendant la période cataméniale et demeurent à-peu-près stationnaires dans les intervalles. D'autres, après avoir acquis un certain volume, semblent sommeiller en route, puis, tout-à-coup, et souvent sans motif appréciable, elles se mettent à grandir avec une rapidité désespérante. Ces marches accélérées ont surtout été observées dans l'état de grossesse. Ces deux faits, disons-le en passant, ne démontrent-ils pas l'influence de l'activité utérine sur le développement des tumeurs fibreuses; et ne viennent-ils pas corroborer les idées que nous avons émises ailleurs sur l'influence des excitations sexuelles?

Terminaisons. — Abandonnés à eux-mêmes, les corps fibreux peuvent se comporter de 4 manières différentes.

1° Ils peuvent suivre un marche ascendante lente ou rapide, acquérir même des proportions considérables et sous peine de mort, nécessiter l'intervention de l'homme de l'art. Nous verrons bientôt dans quel cas.

2° Après avoir atteint un certain degré de développement, ils peuvent s'arrêter dans leur marche et demeurer stationnaires. Il est d'observation générale aujourd'hui qu'après la ménopause l'état stationnaire est fréquent.

3° Outre l'état stationnaire, ils peuvent suivre la voie regressive, s'atrophier et disparaître à-peu-près complètement. La disparition spontanée, quasi-complète, est un fait rare; mais cependant possible. En voici un très-curieux exemple, apporté par M. Routh et pris dans sa pratique particulière. — «Une dame anglaise, faisant partie d'un établissement de charité, «portait une tumeur fibreuse qui non-seulement remplissait le bassin mais «entravait considérablement le jeu des organes contenus dans cette cavité; «et condamnait la patiente à un repos absolu. Deux ans plus tard M. Routh

«revit la malade; et, sans qu'on eut entrepris aucun traitement, il constata «que la tumeur avait diminuée au point de ne plus représenter que le vo- «lume d'une pomme (*of an apple*) ; cette digne dame avait repris ses occu- «pations très-actives (*no sinecure*) et elle les remplissait aisément.»

MM. Priestley et Ashwell ont prétendu que la grossesse faisait disparaître les corps fibreux. M. Routh est bien loin de partager ce sentiment. Pour lui, il n'a jamais vu de tumeur fibreuse diminuer spontanément pendant la période d'activité utérine. Toutefois, même pendant cette période, on a quelquefois observé que le changement de climat exerçait une influence bienfaisante dans le sens d'une marche rétrograde.

4° Ils peuvent disparaître par des causes pathologiques; par inflammation suppurative par exemple. M. Huguier en a observé un remarquable exemple dans son service à l'hôpital Beaujon (*Union médicale,* Paris, 1860). «Il entra dans ce service, une jeune femme ayant une tumeur «fibreuse de l'utérus du volume d'une tête d'adulte. Cette tumeur «qui offrait une consistance très-grande et n'était accompagnée d'an- «cune douleur, existait depuis plusieurs années. Le ventre était dé- «veloppé comme dans une grossesse arrivée au 7me ou au 8me mois et «les parois abdominales étaient fortement appliquées contre la tu- «meur. Le vagin présentait un retrécissement annulaire assez ferme, »qu'il fallait franchir avec le doigt pour trouver le col de l'utérus, «dont l'orifice dilaté avait environ le diamètre d'une pièce de 50 centimes. «Quelque temps après l'entrée de la malade à l'hôpital elle fut prise de «fièvre, la tumeur s'enflamma et il s'y forma un abcès qui s'ouvrit dans la «cavité de l'utérus dont il sort un verre ou un verre 1/2 de pus par jour. «Ce pus vient assurément de la tumeur, car d'abord il n'est survenu au- «cun accident du côté de l'utérus; la tumeur qui était ferme et très-dure «est devenue flasque et molle et si l'on pratique le toucher on trouve une «masse flétrie et molasse où le doigt pénètre aisément. — L'inflammation «suivie de suppuration est un mode de guérison des tumeurs fibreuses, «qui sont susceptibles de diminuer ainsi considérablement dans certains cas. «Lorsqu'elles suppurent, l'ouverture de l'abcès n'a pas toujours lieu dans

«un point aussi favorable, car elle peut se faire dans le péritoine et produire «une péritonite mortelle.»

Enfin certains corps fibreux sont susceptibles de céder aux moyens thérapeutiques. Mais ces cas sont très-rares; le plus souvent la tumeur est rebelle, alors il faut opérer ou abandonner sans pitié la malade au dénouement fatal qui l'attend.

§ 3. *Récidives.*

Jusqu'ici on n'a pas d'exemple de corps fibreux ayant récidivé après l'ablation. Voici comment s'explique à ce sujet M. Becquerel : «Il n'y a pas «de diathèse fibreuse et par conséquent les corps fibreux enlevés par les «moyens chirurgicaux, ou bien éliminés spontanément ne sont pas sujets «à récidiver. Deux circonstances, toutefois, peuvent en imposer pour une «récidive : c'est 1° lorsque la tumeur n'ayant été enlevée qu'incomplètement «le pédicule reste encore adhérent à la couche utérine dans laquelle il «était implanté et devient le germe d'une production nouvelle ; 2° lors-«qu'il existe dans la matrice des corps fibreux multiples et qu'après l'a-«blation de l'un d'eux le mouvement hypertrophique se porte sur l'un de «ceux qui restent.

§ 4. *Complications pathologiques.*

Outre les troubles de la digestion, de l'hématose et de la circulation dont nous avons déjà parlé, nous signalerons ici : l'œdème partiel ou général, intermittent ou permanent, des membres inférieurs (Kœberlé, obs. I); la gangrène par compression du gros intestin, de la vessie, de l'utérus et des parois abdominales (obs. Pinault et Loir); l'obstruction mécanique des uretères et comme conséquences, lésions rénales organiques, urémie (Routh); l'hystérie pouvant déterminer la mort (cas observé par M. Cœurderoy, service de Lebert, *Bulletin de la Société anatomique*) et enfin l'ascite (obs. Kœberlé, n° III).

Un mot sur cette dernière complication. Cette ascite a pour caractères spéciaux d'être très-abondante, très-rebelle, et de survivre à la tumeur qui l'a fait naître. Elle épuise rapidement la malade et la conduit graduellement au tombeau, ou bien elle nécessite des ponctions nombreuses suivies tantôt de péritonite tantôt de syncope mortelles. Cruveilhier en cite deux exemples dans son anatomie pathologique. Dans le 1er cas, mort par péritonite à la 20e ponction; dans le 2e, mort par syncope. Il avait fallu ponctionner cette malade 60 fois en 6 ans. De plus, et chose bien plus grave, cette ascite survit à la tumeur qui lui a donné naissance et nous verrons plus loin qu'elle doit être considérée dans certains cas comme une contre-indication formelle à l'opération. M. Kœberlé a observé récemment chez une de ses malades une ascite hémorrhagique dans un cas de tumeur fibreuse.

§ 5. *Influence des corps fibreux sur la grossesse.*

Nous ne croyons pas devoir terminer ce chapitre sans examiner, brièvement du moins, quels peuvent être les effets produits sur la grossesse par les tumeurs péri-utérines.

Disons de suite que les corps fibreux munis d'un long pédicule nous semblent devoir jouer ici un rôle très-secondaire. Les corps sessiles au contraire peuvent conduire à de tristes résultats. — Trois questions se présentent naturellement ici: Un corps fibreux péri-utérin peut-il mettre obstacle à la fécondation? — Peut-il provoquer l'avortement après la conception? — A quelles complications peut-il donner naissance pendant ou après la parturition?

Peut-il empêcher la fécondation? — Sauf le cas où le corps fibreux, occupant environ le 1/3 supérieur de l'utérus, viendrait à obstruer l'orifice interne des trompes, rien ne s'oppose, ni aux rapprochements sexuels, ni à la descente de l'ovule dans la matrice; et partant à l'imprégnation par le sperme, c'est-à-dire à la fécondation. Sur 22 femmes mariées atteintes de tumeurs fibreuses M. Routh n'a constaté que 5 cas de stérilité. Ajoutons que le produit peut dans ces cas, ainsi qu'à l'état normal, occuper toutes les anomalies de siège connues.

Peut-il provoquer l'avortement? — Mais si la fécondation est possible le développement de l'œuf peut être régulièrement entravé. Il nous serait facile de multiplier ici les exemples. Nous nous bornerons à citer les deux cas que voici.

En 1829, Trauwel rapporte l'observation d'une femme morte à 4 mois et demi de grossesse, des suites d'un avortement. L'utérus contenait 4 ou 5 corps fibreux considérables. M. le professeur Stoltz a eu l'obligeance de nous montrer une pièce anatomique dans laquelle l'utérus est affecté d'une tumeur fibreuse solide et grosse comme le poing. Cette tumeur occupe la paroi postérieure; l'utérus présente l'état suivant : Face postérieure rendue convexe par la tumeur; face antérieure concave pour recevoir la saillie du corps fibreux. Cavité déformée ; ce n'est plus qu'un conduit aplati. La tumeur était enclavée dans le petit bassin ; orifices des trompes, libres. La trompe gauche contient un embryon d'un mois à un mois et demi. Cette trompe, refoulée par la tumeur, n'a pu se développer, et elle s'est déchirée dans une étendue de plusieurs centimètres; mort par péritonite suraiguë.

Complications pendant et après la parturition. — Mais c'est pendant et après la parturition que les corps fibreux peuvent amener des complications fatales pour la mère et pour l'enfant.

Pendant la parturition, suivant leur siége, les corps fibreux peuvent opposer un obstacle insurmontable à la sortie d'un fœtus vivant. C'est surtout quand elles occupent le col, la paroi postérieure, quand elles descendent dans le petit bassin, que les résultats sont funestes. Mme Lachapelle parle d'une femme dont l'excavation pelvienne contenait dans ses parois latérale et postérieure un grand nombre de corps fibreux. Elle devint grosse. Heureusement pour la mère, le fœtus était depuis longtemps mort lors de l'accouchement ; ramolli, il put s'aplatir entre les parois de l'excavation et la tumeur, et enfin passer.

Mme Boivin et Dugès rapportent un cas de mort par péritonite; travail long et pénible. Tête du fœtus écrasée contre la paroi osseuse du bassin.

Mort de la mère et du produit. Dans les parois du col, tumeur fibreuse, du volume du poing.

On conserve à l'Université de Londres une tumeur fibreuse grosse comme une balle à jouer et très-dure, trouvée dans l'utérus d'une femme morte faute d'avoir pu accoucher.

En 1854 M. Galard rapporte une observation dans laquelle il est dit que «des contractions utérines énergiques, douloureuses, accompagnées de «vomissements, faisaient craindre la rupture de l'utérus.» M. Huguier avait été obligé de pratiquer l'opération césarienne. Mort de la mère 48 heures après l'opération. A l'autopsie, corps fibreux en nombre considérable dans le corps de l'organe. Le plus volumineux, gros comme le poing, était situé dans la partie inférieure et droite de la face postérieure de l'utérus.

Après la parturition les corps fibreux de l'utérus sont dangereux quel que soit leur siége. Outre qu'ils peuvent amener des péritonites consécutives, ils peuvent entraver par leur présence la rétraction utérine, d'où hémorrhagies rapidement mortelles, foudroyantes. Ces hémorrhagies peuvent être prochaines ou éloignées : prochaines, elles ont lieu dans les quelques heures, quelques jours qui suivent l'accouchement ; éloignées, elles se rencontrent plus tard; on en a constaté après plusieurs semaines (Becquerel, *Mal. des femmes*). Cruveilhier a figuré dans son *Anatomie pathologique*, l'utérus d'une femme morte de péritonite plusieurs jours après l'accouchement. Une tumeur fibreuse grosse comme une tête de fœtus se voit sur le fond de l'organe. L'observation est dûe à Désormeaux. Marshall Hall (*Cycl. of practical med.*, vol. IV) rapporte l'histoire d'une femme emportée par une tumeur fibreuse suppurée dans les jours qui suivirent l'expulsion du fœtus. D'Outrepont a trouvé 3 tumeurs fibreuses dans l'utérus d'une femme en couches, morte d'hémorrhagie. Ce sont ces exemples malheureusement trop nombreux qui ont fait dire à Boyer (*Anat. path.*) : «Il est prudent que les filles chez lesquelles existent des signes de «cette affection restent célibataires, et que les femmes mariées évitent de «devenir enceintes.» Et nous partageons pleinement un conseil aussi sage et aussi prudent.

§ 6. *Pronostic.*

En général, le pronostic des tumeurs fibreuses péri-utérines est d'une gravité médiocre, attendu le grand nombre de femmes atteintes de cette affection. Néanmoins le médecin devra toujours laisser un point de doute, quelque sécurité qu'il puisse actuellement avoir par-devers lui.

Car il ne faut pas oublier que la marche de ces tumeurs est souvent très-capricieuse et qu'après être restées stationnaires pendant des années elles peuvent, sans cause appréciable, prendre un accroissement très-rapide et entraîner promptement la malade à un résultat fâcheux.

Que de plus, si les cas graves sont rares relativement à la grande fréquence des tumeurs fibreuses péri-utérines, le nombre des terminaisons funestes est cependant considérable. Car, outre les 76 cas qui ont nécessité l'opération, nous avons recueilli 57 cas de mort; 28 dans les *Bulletins de la Société anatomique,* 11 dans les ouvrages de dystocie, 3 dans la thèse de M. Walther, les 15 autres disséminés dans les journaux anglais et les quelques mémoires que nous avons pu compulser. Toutes ces différentes sources sont indiquées dans le cours de notre travail. Dans ces 57 observations nous avons trouvé :

26	cas de mort	par épuisement, marasme, diarrhée incoërcible.
8	»	par hémorrhagie incoërcible pendant ou après l'accouchement.
7	»	par péritonite, dûe la plupart du temps à des collections purulentes ou liquides ouvertes dans le péritoine et à des ponctions.
5	»	par mort subite, dont deux en sortant de table.
3	»	» pendant ou immédiatemnnt après une ponction nécessitée par l'ascite concomitante.
3	»	par gangrène intestinale ou abdominale.
1	»	par hystérie.
4	»	par cause non indiquée (marasme ?)
57		

Disons encore que les cas de mort par tumeurs fibreuses péri-utérines, relatés dans les auteurs ou dans les publications périodiques, sont bien

loin de représenter la somme, même approximative, des victimes emportées par cette affection. Car les observations recueillies ne l'ont été qu'en raison des particularités intéressantes présentées par les malades ; ainsi toutes les observations que nous avons rencontrées ont été publiées pour cause d'erreurs de diagnostic. Combien de pauvres malades, mortes de cette affection, et dont l'histoire n'a pas été livrée à la publicité !

CHAPITRE IV.

Diagnostic.

« Tum variæ illudent species . . . . »
(Virg. Georg., l. IV.)

Les maladies qui peuvent simuler les tumeurs fibreuses péri-utérines, ou qui peuvent être simulées par ces dernières, sont :

Du côté de la vessie . . .	Rétention d'urine.
» du bassin	Exostose. Tumeurs de la fosse iliaque.
» des ligaments larges .	Engorgement péri-utérin chronique. Tumeurs.
» des trompes . . .	Hydropisie.
» du péritoine . . .	Hydropisie enkystée. Hématocèle rétro-utérine.
» des ovaires . . .	Tumeurs.
» de l'utérus . . .	Physométrie. Hydrométrie. Hématométrie. Hydatides. Tumeurs intra-utérines. Rétroversion. Cancer. Grossesse.

Toutes ces maladies, au point de vue du diagnostic, sont loin d'avoir la même importance, de présenter les mêmes difficultés. Trois seulement méritent que nous nous y arrêtions : L'une (cancer), moins peut-être à cause des difficultés sérieuses qu'elle peut offrir dans de rares circonstances, que parce que, une fois bien reconnue, elle est une contre-indication formelle de l'opération; les deux autres (kystes de l'ovaire et grossesse), parce qu'elles présentent des difficultés véritables, et, avouons-le, parfois même impossibles à surmonter. Si donc nous disons un mot des

autres maladies, c'est uniquement pour indiquer, comme mémoire, la possibilité de leur existence, et non pour tracer leurs caractères différentiels. Car nous croyons que, si au premier coup-d'œil il peut y avoir hésitation, les examens consécutifs devront cependant conduire à la vérité.

Ainsi le commémoratif, la marche de la maladie, le toucher, le speculum et le cathétérisme jugeront presque toujours la rétention d'urine, l'hydrométrie, l'hématométrie, les hydatides, les tumeurs intra-utérines, les rétroversions.

Physométrie. — La physométrie ne saurait en imposer que par le volume du ventre, car la sonorité exagérée à la percussion mettra sur la voie.

Hydropisie enkystée du péritoine. — L'hydropisie enkystée du péritoine pourrait plus facilement peut-être en imposer. Mais d'une part, la fluctuation, la fixité, la marche de la tumeur, le commémoratif et l'état de la malade, serviront à faire reconnaître la nature de l'affection, tandis que le volume normal de l'utérus, sa mobilité, etc., prouveront qu'il est indépendant de la production morbide.

Exostoses. — Des tumeurs fibreuses pourront rarement être confondues avec les exostoses du sacrum. Cependant, il est bon d'être averti, que des hommes éminents s'y sont laissé prendre; M. Waller (*Med. Gaz. of april* 1853, *London*), mentionne un cas dans lequel M. Evans de Black-friards Road, dut pratiquer l'opération césarienne, l'accouchement étant complètement impossible à cause d'une tumeur pierreuse, immobile, remplissant l'excavation et qui paraissait intimément liée à la concavité du sacrum. Le diagnostic avait été: exostose du sacrum. La femme mourut. A l'autopsie: corps fibreux de la paroi postérieure de l'utérus.

Tumeurs de la fosse iliaque. — Le 22 août 1860, M. Huguier signale pour la première fois à la Société de chirurgie des tumeurs «constituées «par des masses purement fibreuses, de forme sphérique ou ovoïde, en «simple contact avec le bassin ou adhérant à son squelette par un pédi-«cule plus ou moins long plus ou moins volumineux.» Il les appelle *tumeurs pelviennes* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1860).

En 1862, M. Nélaton étudie les mêmes tumeurs à propos d'une femme de 26 ans, entrée dans son service pour cette affection. Il les appelle *tumeurs de la fosse iliaque;* et, après avoir établi le diagnostic de ces tumeurs d'avec un grand nombre d'autres affections (hernie, anévrysme, abcès, enchondrome etc.), il dit : «J'arrive enfin aux corps fibreux de l'u-«térus, et vous comprenez facilement que je ne m'y arrête pas. Rien n'est «plus aisé que d'éviter l'erreur : le toucher vaginal, combiné à la palpa-«tion abdominale ébranle le corps fibreux, et laisse au contraire immobile «la tumeur iliaque.» *(Gazette des Hôpitaux,* 1862).

Hématocèle et engorgement péri-utérins. — L'hématocèle rétro-utérine, l'engorgement péri-utérin chronique peuvent en imposer pour des tumeurs fibreuses. L'immobilité de l'utérus, due à son enclavement dans les tissus engorgés, une tumeur dure, résistante, élastique, fluctuante, sentie par le toucher, peuvent jeter du doute dans le diagnostic. Ici il faut prendre en grande considération le commémoratif : la soudaineté des accidents, la fluctuation, feront penser à une hématocèle ; de même que la résistance, la sémi-élasticité, les poussées inflammatoires, la diminution de la tumeur à l'époque des règles, la sensibilité au toucher allant jusqu'à la douleur pendant l'inflammation, pourront faire reconnaître un engorgement péri-utérin.

Tumeurs des ligaments larges. — Les tumeurs des ligaments larges sont le plus souvent consécutives à des affections ovariques ou utérines ; et même, quand elles débutent d'emblée dans les ligaments, elles ne tardent pas à se propager soit à l'ovaire soit à l'utérus. Au point de vue pratique, l'important c'est de déterminer lequel de ces deux organes est malade, ainsi tout ce que nous pourrions dire à ce sujet ressort du paragraphe qui va suivre. Cette réflexion s'applique aussi à l'hydropisie des trompes ; affection du reste très-rare.

Kystes ovariques. — Différencier une tumeur solide d'avec une tumeur liquide paraît chose facile au premier abord. Et certes, si les kystes ovariques étaient toujours des collections purement liquides, et si les tumeurs se présentaient toujours avec leur dureté caractéristique, l'observateur ne

serait pas si souvent en proie à l'hésitation. Malheureusement il est loin d'en être ainsi, et s'il est souvent fort difficile, impossible même, de se prononcer entre un kyste et une tumeur fibreuse, il n'est pas moins scabreux de déterminer auquel des deux, utérus ou ovaire, appartient la production morbide.

Cependant, le diagnostic du siége de l'affection est, à coup sûr, de la plus haute importance; car une fois le point d'implantation de la tumeur reconnu, une fois l'organe malade déterminé, comme manuel opératoire, comme risque à courir, le grand pas est fait.

A l'article symptômes, nous avons donné tous nos soins à l'indication des signes que peuvent fournir les tumeurs fibreuses et à l'exposé des moyens mis en œuvre pour les constater. De plus, nous avons étudié et comparé un nombre très-considérable d'observations de kystes ovariques, afin d'y saisir, s'il était possible, quelques traits décisifs et caractéristiques. Relater ici les faits nombreux consignés dans toutes ces observations, serait faire en entier l'histoire symptomatologique des kystes de l'ovaire. Nous ne pouvons entreprendre une tâche aussi longue; aussi pensons-nous mieux faire en résumant dans une sorte de tableau synoptique les principaux points qui, dans des circonstances données, ont pu sinon faire porter avec assurance un diagnostic précis, du moins amener à des conclusions très-probables, justifiées du reste plus tard, par l'opération ou par l'autopsie.

TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES.	KYSTES DE L'OVAIRE.
1°. *Règles.*	
Ordinairement régulières et normales, même à une époque très-avancée de la maladie. — Hémorrhagie et aménorrhée rares. — Dysménorrhée.	Peuvent être régulières et normales au début; plus tard souvent hémorrhagie ou aménorrhée. — Dysménorrhée plus rare.
2°. *Écoulement de liquides anormaux.*	
Flueurs blanches. — Écoulement à des époques variables, même plusieurs fois dans un jour, d'un liquide filant albumineux, transparent, s'échappant du vagin par ondées.	Flueurs blanches. — L'écoulement ci-contre n'a pas été noté jusqu'à présent.

TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES.	KYSTES DE L'OVAIRE.
3°. *Formes de la tumeur.*	
Ronde, plus souvent ovoïde ou irrégulière. — Lisse, plus souvent lobulée.	Plutôt ronde qu'ovoïde. — Plutôt lisse que lobulée.
4°. *Consistance.*	
Compacte. — Souvent douée d'une élasticité trompeuse. — Peut aussi être plus ou moins fluctuante, en partie ou en totalité. — Presque toujours indolore au toucher.	Fluctuante. — Mais on a aussi noté les mêmes sensations que ci-contre.
5°. *Position.*	
En général suit la ligne médiane, montant directement vers l'épigastre.	Plus généralement située d'abord dans l'un des côtés de l'abdomen ; plus tard médiane.
6°. *Mouvements d'élévation.*	
Plus facile à porter en haut (abstraction faite des adhérences). — La main appliquée par son bord cubital, immédiatement au-dessus du pubis et pressant sur l'abdomen ne peut, la plupart du temps pénétrer. (Ce signe appartient surtout aux tumeurs fibreuses ayant envahi le col ou les ligaments larges).	Se laisse moins facilement porter en haut, (abstraction faite des adhérences). — La main appliquée par son bord cubital immédiatement au-dessus du pubis, pénètre ordinairement profondément, sauf les cas, de pédicules larges et courts, d'adhérences utérines, d'hypertrophie des trompes aussi adhérentes à la tumeur.
7°. *État des culs-de-sac vaginaux.*	
Souvent refoulés, comblés ; l'utérus obéissant au poids de la tumeur. Cependant quand la tumeur dépasse le détroit supérieur et prend un point d'appui sur lui, les culs-de-sac peuvent être vides, même effacés, alors vagin infundibuliforme. (Ce signe est surtout applicable aux tumeurs fibreuses de la paroi postérieure et du col).	Le plus souvent normaux et libres. La tumeur se trouvant placée plus haut et ne refoulant pas l'utérus directement.
8°. *État du col.*	
En général normal. — Très-rarement ramolli, plus rarement encore entr'ouvert. (Tumeur du fond de l'utérus). Ou bien, col volumineux, quelquefois entr'ouvert (tumeur du col).	Col normal, mais dévié à droite ou à gauche.
9°. *Position du col.*	
Il peut être abaissé ou relevé. — Projeté en avant et au-dessus du pubis ou en arrière, quelquefois dévié vers un côté.	Rarement abaissé, quelquefois élevé. — Le plus souvent dévié sur un côté. La déviation a souvent lieu du côté malade ; mais ceci est loin d'être une règle absolue.

TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES.	KYSTES DE L'OVAIRE.
10°. *Solidarité du col et de la tumeur.*	
Les mouvements imprimés à la tumeur réagissent généralement sur le col et réciproquement. Ce signe est toutefois loin d'être constant.	En général, les mouvements imprimés à la tumeur ne réagissent pas immédiatement sur le col et réciproquement. Cependant, dans les cas de pédicule court, d'adhérences . . . . etc. ce fait a été noté.
11°. *Miction.*	
Presque toujours entravée.	Moins souvent entravée.
12°. *Défécation.*	
Presque toujours entravée.	Rarement entravée si la maladie siége même à gauche, plus rarement encore gênée si c'est l'ovaire droit qui est malade.
13°. *Souffles.*	
Très-fréquents.	Rares.
14°. *Bruit de thrill.*	
Observé dans deux cas.	N'a pas encore été noté.
15°. *Transmission des bruits cardiaques.*	
Signalée dans quelques observations.	N'a pas encore été signalée.
16°. *Transmission du choc aortique.*	
Toujours accompagnée de la transmission des bruits cardiaques.	A été signalée, mais sans transmission concomitante des bruits cardiaques.
17°. *Marche.*	
Lente, très-lente ; peut cependant devenir rapide.	Rapide, peut cependant être lente.
18°. *Ponction exploratrice.*	
Rien ne s'écoule, sauf du sang. Fixité de l'extrémité profonde du trocart qui ne peut décrire des mouvements de circumduction. Toutefois ne pas oublier que ces tumeurs peuvent renfermer des collections liquides de nature diverse.	Écoulement ordinairement abondant de liquides de consistance et d'aspect variés. Mobilité de l'extrémité profonde du trocart qui peut facilement décrire des mouvements de circumduction. Toutefois ne pas oublier que les kystes peuvent être multiloculaires, ou contenir des produits de consistance diverse et ne fournir alors que peu ou pas de liquide.
19°. *Age de la malade.*	
De 30 à 50 ans.	Beaucoup plus tôt.
20°. *Cathétérisme utérin.*	
Profondeur de la cavité, quelquefois normale, le plus souvent considérablement augmentée.	Dimensions normales, sauf un col très-élevé.

En résumé, à moins de cas tout-à-fait tranchés, pas de signe pathognomonique; et partant, pas d'affirmation possible, rien que des probabilités. Toutefois, un certain nombre des symptômes que nous venons de donner, une fois bien établis, doivent être pris en grande considération. Ainsi, en faveur d'une tumeur fibreuse, nous placerons au premier rang: la dureté de la tumeur, la solidarité manifeste entre le col et la production morbide, la ponction exploratrice, le cathétérisme utérin, le mode de développement... etc.

Mais, nous devons le dire, il est des cas où les symptômes sont tellement mélangés, tellement obscurs, qu'on ne saurait franchir les limites du doute même le plus complet. Car il ne faut pas oublier que très-souvent, kystes ovariques et tumeurs utérines coexistent chez la même malade ainsi que MM. Routh, Brown, Greenhalgh, H. Bennet, M. Clintock, Kœberlé, Bouchet, Jury, J. Simm, etc. en ont rencontré de très-nombreux exemples.

Toutefois, supposant le diagnostic de siège porté d'une façon définitive, il resterait encore à spécifier l'espèce de production morbide. Ici, difficultés plus grandes encore. Nous n'avons rien trouvé qui pût éclairer le diagnostic à l'endroit des tumeurs multiloculaires, géodiformes, kystiques, gélatiniformes, graisseuses, suppuratives etc.

Cancer. — Lorsque le cancer de l'utérus suit la marche ordinaire, le diagnostiquer d'avec une production fibreuse est chose assez facile. Règle générale en effet, il débute par le col ; et il peut dès lors être constaté par le toucher et au moyen du spéculum. Vient-il au contraire, fait beaucoup plus rare, à envahir primitivement le corps de l'organe? l'état irrégulièrement bosselé, maronné de la tumeur, la production de points de ramollissement sans accidents inflammatoires manifestes, l'écoulement d'un liquide grisâtre, plus tard sanieux, d'un odeur pénétrante, *sui generis,* l'envahissement des ganglions lymphatiques lombaires, l'état général promptement détérioré, enfin, la cachexie cancéreuse etc. feront porter un diagnostic vrai. Telle est la marche dans 99 cas sur 100. Néanmoins, il peut exister dans les profondeurs de l'économie des productions malignes ne trahissant

leur nature par aucun signe extérieur. MM. Kœberlé, Routh, Atlee... en ont déjà rencontré quelques exemples: en voici un fort remarquable: «Mlle X, de Paris, âgée de 15 ans, était atteinte depuis cinq ans d'une tumeur abdominale; cette tumeur s'était manifestée à la suite de ménorrhagies prolongées à l'âge de 16 ans; suivies depuis cette époque d'une suppression des règles, consécutive à des bains froids. La tumeur qui mesurait 32 centimètres de diamètre transversal et 22 centim. dans son diamètre vertical, présentait une partie ramollie au niveau de l'ombilic. Depuis quelques mois, il s'était formé un épanchement ascitique et la malade était affectée depuis peu de temps, dans la région latérale du cou, d'une tumeur qui faisait des progrès rapides. Amaigrissement. Dyspnée. Ascite rapide, nécessitant deux ponctions en 15 jours. Infiltration des extrémités. Mort dans le marasme. — Autopsie: Cancer des deux ovaires, atrophie complète de la matrice. Glandes lymphatiques lombaires et tissu cellulaire pelvien envahis par la dégénérescence.» (Citée par M. Kœberlé dans ses *Observations d'ovariotomie*).

Grossesse. — Les tumeurs fibreuses ont souvent fait croire à des grossesses soit utérines, soit péri-utérines; et des praticiens très-expérimentés ont été, même assez souvent, en butte à ces erreurs. Ce qui trompe, dans ces circonstances, c'est l'âge de la malade, sa manière de vivre et surtout le désir immodéré qu'éprouvent certaines femmes de devenir mères. Au moindre indice, elles croient leurs vœux accomplis; leur ventre grossit, donc elles sont enceintes; et puis l'imagination s'en mêle, et dès lors elles croient ressentir les mouvements de l'enfant et tous les autres signes subjectifs que le médecin peut passer en revue dans un examen sérieux. Induit en erreur par ces faux renseignements, le médecin se trompant lui-même, finit par conclure à une grossesse, bien que les signes pathognomoniques fassent défaut. Les deux signes qui contribuent le plus à accréditer l'erreur ce sont: et le ballottement que fournissent quelquefois les tumeurs fibreuses, et les renseignements fournis par la femme. Le ballottement cependant, pris isolément, ne saurait être regardé comme un signe certain de la présence d'un fœtus dans la matrice; et quelles que

soient les affirmations que donne une femme, quand les signes physiques les démentent, le médecin doit toujours être sur ses gardes; nous en donnerons ci-dessous une remarquable preuve.

Comme signes différentiels d'une grossesse utérine nous signalerons :

1° *État de l'ombilic.* — Il est développé, proéminent dans la grossesse: ridé au contraire et rétracté dans le cas de tumeurs fibreuses. Mais ce signe fait souvent défaut.

2° *État des règles.* — Presque dans toutes les observations dans lesquelles des tumeurs fibreuses ont été prises pour des grossesses, il y a eu persistance de menstruation régulière, non-seulement au début, mais tout le temps de la maladie. Nous en citons plus bas un exemple frappant.

3° *État des seins.* — M. Routh est le premier à avoir fait le diagnostic différentiel de l'état des mamelles pendant la grossesse et pendant le cours des tumeurs fibreuses.

Nous traduisons: 1° «L'apparence des seins n'est pas symétrique. Ce «n'est pas l'habitude dans la grossesse, mais dans les maladies fibreuses «ou ovariques c'est très-commun. Sur un des seins vous pouvez trouver «plusieurs follicules ; sur l'autre vous n'en trouvez pas du tout ou seule«ment un ou deux. — 2° Ils sont de la même couleur que les aréoles, et ne «deviennent pas blanc quand on les étend ; c'est-à-dire quand la peau est «tirée de côté. — 3° De vraies vésicules ou des vésicules papilloïdes, c'est«à-dire des follicules blancs, n'ont jamais été trouvés dans un cas de «tumeur fibreuse, mais ils sont communs dans la grossesse. — Ces follicules «de même couleur que les aréoles, sont plus nombreux aux environs des «mamelons dans les cas de tumeur fibreuse; et il y en a très-peu, s'il y en «a, sur les bords externes des aréoles. Le contraire arrive souvent dans la «grossesse. — 5° Les rayons externes d'un blanc particulier qui se trouvent «sur les aréoles noires n'ont, je crois, jamais été trouvés dans les cas de «tumeur fibreuse.»

4° *Absence des bruits redoublés.* — Le signe de la grossesse, par excellence, sont les *battements redoublés* reconnus et constatés par l'observateur. Ajoutons-y les mouvements du fœtus nettement perçus par le palper ab-

dominal. Or quand ces deux signes manquent, quand ils n'ont jamais été constatés par le toucher ni par l'oreille, nous pouvons dire qu'il y a des probabilités énormes, contre la grossesse; certitude même si à ces deux signes viennent se joindre les autres caractères différentiels que nous avons signalés.

Observation première. — «Le 1er décembre 1846, une femme de «40 ans, domestique, mariée, n'ayant point eu d'enfants, bien règlée, entre «à l'hôpital de la Charité (service de M. Bouillaud). Elle se plaignait depuis «trois jours de douleurs lombaires très-vives. Depuis deux mois environ «le ventre était devenu très-gros ; *mais elle avait été toujours bien règlée* «pendant tout ce temps; elle avait même encore ses règles depuis la veille «de l'entrée. Outre les douleurs lombaires qui revenaient par intervalles «on constata que le ventre était globuleux, dur au toucher, surtout à «gauche où l'on sentait une espèce de boule qu'on pouvait embrasser faci«lement avec les deux mains. On entendit ou plutôt on crut entendre le «premier jour en auscultant cette tumeur, des battements que l'on compara, «à cause de leur fréquence, à ceux du cœur d'un fœtus. Mais M. Bouillaud «ne remarqua pas s'ils avaient une fréquence plus ou moins grande que «ceux du cœur de la mère. M. Capuron, alors présent à la visite, ayant «pratiqué le toucher trouva l'utérus distendu dans le petit bassin et à «travers ses parois très-amincies, il prétendit sentir, à gauche, la tête du «fœtus dont il crut même distinguer la fontanelle triangulaire; le toucher «pratiqué le lendemain et les jours suivants par M. Capuron, et toutes les «personnes présentes à la visite, fournit les mêmes résultats, et à chaque «exploration le doigt restait ensanglanté. — Le col de l'utérus complète«ment effacé dans les premiers jours et placé très-haut derrière la symphyse «du pubis ne présenta dans toute la durée de la maladie aucun travail de «dilatation ; bien plus, dans la dernière quinzaine il sembla revenir sur «lui-même, se froncer et s'allonger. Les douleurs lombaires disparurent «après avoir présenté de temps en temps les mêmes caractères que les «douleurs de l'avortement, et il est à noter qu'au moment où la malade fut «prise de ces grandes douleurs, il s'écoula pendant plusieurs heures une «assez grande quantité d'un liquide blanc jaunâtre que l'on crut provenir

«de la perforation de la poche des eaux.... Le toucher fournissait toujours «les mêmes résultats, les douleurs reparurent de temps en temps ; peu-à-«peu les jambes s'infiltrèrent, l'amaigrissement devint considérable, les «forces se déprimèrent, la fièvre s'alluma.... quinze jours après l'entrée «dans les salles, selles diarrhéïques fréquentes et d'une odeur extraordi-«nairement fétide. Mort le 1er janvier 1847.» — A l'autopsie : dans les parois de la matrice un grand nombre de tumeurs fibreuses intra-et péri-utérines, dont trois principales. «Ces trois tumeurs sont arrondies, se moulent les «unes sur les autres; deux sont postérieures. L'une a le volume d'un «petit œuf de poule, l'autre celui du poing. La 3me est plus régulièrement «sphérique que les autres, elle a à-peu-près la tête d'un fœtus. C'est elle «qui vient faire saillie dans la partie droite du vagin.» (Voir *Bulletin de la Société anatomique,* T. XXII, p. 178, Paris, 1847).

Voici, en abrégé, un autre exemple non moins remarquable. Il est longuement et minutieusement relaté et commenté dans le mémoire de M. Walter de Dorpat, dont nous devons la traduction à l'obligeance de notre collègue et ami M. Mignard.

Deuxième observation. — «Madeleine X.... non mariée entre à la «Maternité de Dorpat le 22 février 1835. Elle s'y présentait comme voya-«geuse et se disait enceinte pour la deuxième fois. L'expansion du ventre «était considérable; au toucher : courbure arrondie, lisse uniformément «dure. Une pareille dureté se retrouvait dans les deux hypochondres, sur-«tout à gauche de l'ombilic qui était gonflé.... Au toucher, on trouvait «une tumeur remplissant la plus grande partie de la moitié supérieure du «petit bassin, surtout à gauche. Cette tumeur était arrondie, semblable à «une tête d'enfant, également dure; mais non pas d'une dureté osseuse. «Au premier abord elle paraissait immobile, cependant, en poussant forte-«ment avec le doigt on pouvait la soulever un peu. Le col était refoulé à «droite, un peu descendu, non ramolli, il ne laissait pas introduire l'ex-«trémité du doigt; lèvres égales et sans déchirures.... Cette fille avait «21 ans, elle avait été menstruée à 16 ans; règles régulières. Elle se disait «enceinte pour la deuxième fois, faisait remonter sa grossesse au mois de

«septembre 1834. Elle prétendait avoir senti les mouvements de l'enfant «en janvier 1835 d'une façon très évidente.... Conclusions: 1° La femme «est enceinte; 2° elle ne l'est pas pour la première fois; 3° elle se trouve à «la fin de la deuxième moitié de la grossesse; 4° la position de l'enfant ne «peut être vérifiée; 5° une tumeur considérable remplit le petit bassin, «cette tumeur est d'un fâcheux augure pour l'accouchement. — A ces «conclusions on pouvait faire les objections suivantes: 1° En ce qui con«cerne la grossesse: On trouve bien des points arrondis, durs, mais au«cune partie bien sensible du fœtus n'est accessible au toucher. Les mouve«ments de l'enfant perçus par la femme ne l'ont jamais été dans nos re«cherches multipliées, et jamais on a entendu les bruits du cœur de l'en«fant; 2° L'état des lèvres du col qui sont de longueur égale; il est un peu «proéminent, sans déchirures, présentant un orifice arrondi, fermé, non«accessible au doigt. — Dans ces circonstances je priai MM. les professeurs «Deutsch, Moier, plus tard M. le professeur Erdmann, les docteurs Fachel«mann et Vogelsang de Dorpat, M. le professeur Inosemrow de Moscou et «M. le professeur Pirogoff, d'examiner la malade et de me donner leur avis. «Aucun ne douta de l'existence de la grossesse et tous furent d'avis qu'il «fallait rester dans l'expectation et que ce ne serait qu'au moment de l'ac«couchement qu'on pourrait faire un plan d'intervention. . . . . «La première grossesse ayant eu lieu spontanément, malgré la tumeur on «pouvait espérer peut-être encore un résultat favorable. Quant à la tumeur «du petit bassin il y eut plusieurs avis. Elle pouvait provenir des os du «bassin, ou de leurs symphyses; être une dégénérescence de l'ovaire gauche, «un kyste, ou enfin un corps fibreux de l'utérus. Une observation très«attentive de la fille fut faite en mars et avril, mais sans résultat. En mai, «ménorrhagies et douleurs lombaires, souffle utérin, persistant jusqu'à la «mi-août; depuis, ce dernier ne reparut plus. Le terme de la grossesse était «cependant depuis longtemps dépassé sans que la femme eût montré les moin«dres signes d'une délivrance prochaine. Il fallait donc éliminer la grossesse. «Alors surgit cette question: la malade a-t-elle réellement été enceinte une «première fois, a-t-elle accouchée? Interrogée nombre de fois par moi,

«ses réponses furent toujours positives. Cependant mes soupçons n'en per-«sistaient pas moins. Je priai donc M. le pasteur Selheim de Sagnitz (pays «de la malade) de prendre lui-même des renseignements. J'obtins un ré-«sultat favorable à mes prévisions. La malade n'avait jamais accouchée, «seulement se trouvant sans ressources, et craignant d'être chassée de la «Maternité si elle avouait que son mal remontait à plusieurs années, elle «avait supposé un premier accouchement pour rendre sa deuxième gros-«sesse plus vraisemblable.

«Ce cas, en raison de l'erreur de diagnostic commise, de l'énormité de la «tumeur, excita au plus haut point mon intérêt. J'ai donc apporté une «grande attention à l'examen de la malade.... L'état de la malade fut «constamment bon pendant les 1res années. Plus tard survinrent à diverses «reprises des affections inflammatoires du péritoine qui en général dispa-«rurent par des sangsues et des ventouses. Deux ans avant la mort, il se «forma un gros abcès entre les muscles abdominaux; il fallut l'ouvrir. Il «en sortit beaucoup de pus; mais il guérit complètement. Dans les der-«nières années la peau devint d'une sensibilité extrême aux changements «de température.... Ensuite survint un œdème des parties génitales et «des pieds et plus tard une fluctuation manifeste dans l'abdomen. Les «forces retrogradèrent.... Enfin il se manifesta une inflammation du pé-«ritoine et du tissu cellulaire intermusculaire, avec formation de pus. Une «fluctuation évidente décida de nouveau à ouvrir l'abcès situé au milieu «d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque gauche supérieure et «antérieure. Il en sortit deux livres de pus, et cet abcès continua de don-«ner. Enfin le 4 octobre 1841 après avoir fait un bon repas, car l'appétit «avait toujours été bon, la malade mourut très-subitement.» — A l'au-topsie: tumeur fibreuse de la matrice du poids de 35 kilogrammes (Walter, *Ueber fibröse Körper der Gebärmutter,* Dorpat 1842).

Nous livrons ces deux observations, intéressantes à plus d'un titre, aux réflexions du lecteur, regrettant de n'avoir pû les reproduire ici dans leur entier avec tous les minutieux détails qu'elles renferment.

Toutefois une question pourrait être ici posée; la ponction exploratrice

n'a pas été faite dans aucun de ces deux cas, cependant en semblable occurence, serait-il permis de recourir à ce moyen? Question fort délicate que nous devions indiquer; mais à laquelle il serait très-difficile, dangereux même de répondre d'une manière générale. Scarpa, il est vrai, pensait qu'on pouvait ponctionner un utérus gravide sans grands dangers. A l'appui de ce sentiment on trouve (dans *Cyclop. of pratic. medic.*, T. IV, page 185) quelques faits appartenant à MM. Campa, Brown, Sarquis, Reiscart. Mais contre ces rares exemples de ponctions heureuses, les tristes annales des cours d'assises et les faits de la pratique dans les cas d'erreur de diagnostic ne viendraient-ils pas opposer une longue série de faits aussi nombreux que déplorables! .... M. Routh néanmoins ne paraîtrait pas très-éloigné, si les circonstances devenaient pressantes, de pratiquer une ponction exploratrice, mais *avec un trocart très-fin*, dans le but d'examiner la nature du liquide.

Grossesse extra-utérine. — Les grossesses extra-utérines présentent encore des difficultés plus grandes. Le seul point sur lequel on pourrait insister serait le commémoratif surtout à l'endroit des règles. D'après M. Ramsbotham (communication verbale faite à M. Routh), la suppression serait la règle formelle, ce célèbre accoucheur n'ayant pas une seule fois constaté les menstrues dans 18 cas de grossesses extra-utérines qu'il a observées. Le docteur Lee (*Medic. chirurgical transac.*, vol. XL) ayant constaté, dans l'utérus, l'existence de la membrane caduque dans 20 cas de grossesses extra-utérines et de plus ayant rencontré dans la grande majorité de ces cas un écoulement muqueux causé par du mucus renfermé en grande quantité dans l'utérus, pense que, toutes choses égales d'ailleurs, un tel écoulement devra faire penser à une grossesse extra-utérine, plutôt qu'à une tumeur fibreuse. M. Routh qui a examiné 28 cas de grossesses extra-utérines a constaté : 7 fois suppression complète, 17 fois suppression au début durant un temps variable de un à trois mois; mais alors hémorrhagies très-abondantes; 2 fois seulement retour normal des règles, et enfin dans 2 autres cas suintement sanguinolent continuel, mais sans importance. Cet auteur attribue la suppression mens-

truelle, au début, et plus tard l'hémorrhagie, à la membrane caduque qui se forme dans l'utérus même, dans les cas de grossesses extra-utérines. Pour lui, tant que la membrane séjourne dans la matrice, suppression; dès qu'elle s'en échappe, hémorrhagie, dûe, et à l'excitation produite dans l'utérus par la présence de la membrane, et aux efforts d'expulsion qui accompagnent sa chûte. Toutefois nous devons rappeler que la chûte de cette caduque est plus rare que ne le suppose l'auteur anglais ; car dans bien des cas de grossesse extra-utérine elle ne tombe point du tout.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic des tumeurs fibreuses péri-utérines est fort difficile, fort obscur; car les nombreuses variétés qu'affectent ces tumeurs jettent à chaque pas l'incertitude et le doute dans l'esprit du praticien. Cependant les succès obtenus par la chirurgie moderne appellent sur ces questions le plus haut intérêt.

Espérons donc que la science finira par saisir et par maîtriser ce Protée aux mille formes.

«....Quanto ille magis formas se vertet in omnes
«Tanto, nate, magis contende tenacia vincla.»
(Virg. Georg., l. IV.)

TROISIÈME PARTIE.

GASTROTOMIE.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

Difficile profecto est in universum judicare quod in chirurgia fieri nequeat.
(Freind, Hist. méd.)

Fendre le ventre des femmes mortes en état de grossesse pour extraire le produit de conception n'est certes point une idée nouvelle. Mansfeld (de Brunswick) prétend trouver les traces de cette opération dans le Talmud. Elle était pratiquée par les médecins grecs; et à Rome une loi de Numa défendait d'enterrer toute femme morte pendant la grossesse sans lui ouvrir l'abdomen. Gorgias le philosophe, d'après Valère Maxime, ; César . . . . d'après Pline le naturaliste, ne seraient point, paraît-il, entrés dans le monde par une autre porte. «Cette loi si sage a été acceptée par «le Christianisme, et l'on sait que de nos jours elle est encore en vi«gueur dans l'Église Romaine.» (Cazeaux, *Traité d'accouchements* 1858). Il est même certaine contrée de la France où cette cette coutume persistait encore il y a peu d'années. On lit en effet dans l'Auxiliaire Breton (*Journal de Rennes,* 30 janvier 1837): « Dans nos campagnes, lors«qu'une femme meurt enceinte, MM. les curés, par un préjugé fort ancien, «refusent de l'inhumer si l'enfant renfermé dans son sein n'a pas été «extrait. Il en résulte ordinairement qu'une des femmes qui a veillé la «mourante lui enfonce de force une cuillère dans la bouche aussitôt sa «mort (pour que le fœtus puisse respirer !) et bientôt après lui fend le «ventre pour arracher l'enfant.»

Mais pratiquer méthodiquement l'opération sur le vivant dans le but d'extraire un produit quelconque développé dans les profondeurs de l'organisme, était une manœuvre hardie réservée à la chirurgie moderne, et que seules, des connaissances anatomiques aussi étendues que précises pouvaient régulariser et faire admettre.

Cependant des faits dûs, quelques-uns, à des hommes grossiers et étrangers à la science, d'autres, à des chirurgiens hardis, semblaient éclairer la route.

Athénée (liv. XII, Δειπνοσοφιστων) rapporte, d'après Xanthus, qu'Andramystès, roi de Lydie, avait fait pratiquer la castration à des femmes destinées à remplacer les eunuques. D'après Hésychius et Guidas (*Fragm. histor. Græcorum*, édit. de F. Didot, 1841), Gygès, roi de Lydie, aurait fait subir la même opération à des femmes, dans le but de prolonger leur jeunesse.

Pline raconte qu'un certain Praxagoras, dans les cas d'iléus, fendait le ventre, enlevait l'obstacle, recousait le tout, et guérissait ses malades. Toutefois cette expéditive façon d'agir ne trouva pas d'imitateurs.

En 1500, Jacques Nufer, châtreur de cochons dans un village suisse, pratiqua la gastrotomie sur sa propre femme, et il sauva et la mère et l'enfant. Cet exemple est rapporté par G. Bauhin, professeur à l'Académie de Bâle, lequel vivait à la fin du 16e siècle et avait connu plusieurs enfants de l'opérée.

Régnier de Graaf en 1672 (*de semine muliebri*) parle d'un paysan (*Rusticus*) qui du témoignage de Wierus châtra sa propre fille surprise en flagrant délit (*ut erat forte sues fœminas castrandi peritus*).

Pott, dans son *Traité des hernies*, cite une demoiselle à laquelle il dut enlever les deux ovaires herniés et irréductibles, et cela sans que la santé de la jeune fille eût à en souffrir. Seulement les seins s'affaisèrent et les règles ne reparurent plus.

Sans doute pour le plus grand nombre de tels actes furent relégués dans le domaine de l'exception et de la curiosité; néanmoins ils durent certai-

nement éveiller l'attention de praticiens observateurs et servir de thème à leurs méditations. Déjà même dans des cas difficiles quelques accoucheurs avaient essayé l'extraction du fœtus par la gastrotomie pratiquée sur la femme vivante. Mais Amb. Paré, n'ayant pû enregistrer que des revers, fit rejeter l'opération par le Collége de chirurgie [1].

Cependant, dès 1685 Schorkopff émet la pensée que dans la maladie des ovaires, l'extirpation pourrait bien être efficace (*Mém. de la Soc. de chir.*, T. II). Cette pensée de Schorkopff avait-elle pénétré jusqu'en Écosse ? Nous l'ignorons. Quoi qu'il en soit, en 1701 un docteur anglais appelé *Houstoun,* opérait un kyste volumineux de l'ovaire avec autant de hardiesse que de bonheur. Il s'agissait d'une dame âgée de 58 ans, souffrant depuis 13 années d'un kyste de l'ovaire gauche. Cette dame vint

[1] De nos jours encore deux camps sont en présence, et en fait d'opération césarienne «*ait unus, negat alter.*» Il est vrai qu'à Paris l'opération a à-peu-près constamment échoué. Cependant il ne faut pas oublier que pour le reste de la France et l'Allemagne la proportion de guérisons est de 1/3 (Sédillot). Ce chiffre, à en juger d'après ce que nous avons constaté en Alsace, nous paraît même au-dessous de la moyenne. Car à Strasbourg M. le professeur Stoltz compte 4 succès pour ses 4 premières opérations et sa pratique donne un résultat de 57,14 guérisons pour 100 cas. MM. Bach et Held ont guéri leurs opérées. Je sais même ici une femme qui a déjà subi deux fois l'opération et qui ne s'en porte pas plus mal. Qu'on n'aille pas croire que cette pratique heureuse ne se retrouve que dans les grands centres et qu'elle soit le privilége exclusif des grands maîtres. Nous connaissons dans l'Est des médecins qui, sur un plus modeste théâtre, n'ont pas été moins heureux. Nous pourrions citer, entre autres, le père d'un de nos bons collègues et amis, M. Steinbrenner, docteur-médecin à Saarunion, qui dans sa localité compte déjà deux succès sur deux tentatives.

Les résultats obtenus dans les opérations césariennes pratiquées dans des cas de grossesse extra-utérine ne sont pas moins remarquables.

Le 15 juillet 1865 M. Kœberlé opérait une femme âgée de 29 ans, portant un utérus *bicorne,* dans la corne gauche duquel s'était développé un fœtus jusqu'au 7e mois. Lors de l'opération la mort du fœtus datait déjà de 21 mois. La femme guérit promptement et rapidement.

A propos de ce succès M. Kœberlé a trouvé dans les auteurs 8 opérations de gastrotomie pratiquées d'emblée dans des grossesses extra-utérines. Ces 8 cas donnèrent 5 guérisons, ou 62,5 guérisons pour 100 opérées.

trouver le docteur Houstoun pendant qu'il était en voyage aux environs de Glascow, et elle le sollicita avec tant d'empressement et de volonté, que le médecin anglais se décida à opérer pour ainsi dire séance tenante. Voici comment l'opérateur rend compte de sa manière d'agir :

«Je puisai, je dois l'avouer, toute ma hardiesse dans la résolution de «la malade ; si bien que, sans perdre de temps, je préparai tout ce qui «était possible en raison du lieu. Avec une lancette à abcès, je fis une in«cision d'un pouce ; mais, trouvant cette ouverture trop petite, je l'a«grandis de deux pouces, et, comme il ne sortait qu'un peu de sérosité «jaunâtre, je me hasardai à l'augmenter encore de deux pouces. Je fus «très-alarmé, après avoir fait une aussi grande incision, de trouver seule«ment une substance glutineuse qui faisait saillie à travers cette ouver«ture. La difficulté était de l'enlever. Je l'essayai en vain avec les doigts. «Cette matière était tellement glissante qu'elle ne pouvait être saisie mal«gré les plus grands efforts. Je manquais dans cette localité, de presque tout «ce qui m'était nécessaire ; mais je cherchai à me tirer d'embarras à l'aide «d'un instrument fort bizarre, bon néanmoins, et le meilleur dans ces «circonstances, parce qu'il répondait au but que je me proposais : je pris «un fort éclat de bois de chauffage pareil à ceux dont les pauvres se servent «d'ordinaire, dans cette contrée, pour brûler en guise de chandelle. J'en«tortillai autour de cette pièce de bois un peu de filasse et je l'introduisis «dans la plaie. En l'y tournant çà et là, j'attirai au-dehors une substance «plus épaisse qu'une gelée, ou plutôt semblable à de la colle toute fraîche «que l'on verserait avant qu'elle ne soit figée, de la longueur de 2 yards «(1^{m},80) ; la longueur en haut était de 10 pouces ; on enleva ensuite 9 quarts «(10 litres) d'une pareille matière en même temps que je rencontrai une «tumeur stéatomateuse et athéromateuse avec quelques hydatides de gran«deurs variables, contenant une sérosité jaunâtre ; la moindre d'entre«elles était plus grosse qu'une orange ; à ces diverses parties étaient joints «quelques grands lambeaux de membranes qui semblaient être des por«tions de l'ovaire distendu. Alors j'exprimai, je serrai dehors tout ce que «je pus et je cousus la plaie en trois endroits, à distances à peu près égales.

«(*Then I squeez' dout all I could and stitch'd up the wound in three places,* «*almost equidistant*).»

Comme pansement : compresse enduite de baume de Lucatel, et par dessus compresses d'eau de vie française chaude. Bandage de corps. Eau de cannelle, de menthe et sirop de diacode... Guérison rapide : car trois semaines après l'opération, Houstoun trouva son opérée hors de sa maison, occupée à donner les ordres aux ouvriers qui fauchaient les blés. Cette dame, opérée au mois d'août 1701, jouit d'une très-bonne santé jusqu'en 1714, époque à laquelle elle succomba à une maladie qui avait duré dix jours.

Cette curieuse observation longuement rapportée, dans *Philosophical Transactions,* vol. XXXIII, London 1726, traduite par M. Kœberlé, reproduite par lui, et pour la première fois en France, dans la *Gazette hebdomad.,* Paris, 13 juillet 1866, nous dispense ici de tout commentaire sur la question de priorité. Elle est en effet antérieure, environ d'un siècle, aux deux opérations qui passaient jusqu'ici pour les deux premières ovariotomies : (Opération de L'aumonier de Rouen, 1781. — Opération de Mac Dowall de Danville 1809).

Toutefois la pratique de Houstoun ne trouva point d'imitateurs immédiats ; bien plus elle resta oubliée. Néanmoins la fréquence des tumeurs abdominales préoccupait toujours les médecins réduits à gémir de l'impuissance des moyens curatifs employés contre cette redoutable affection. Ainsi, dès le commencement du 18me siècle, Peyer (*Acta helveticæ*, t. I, Bâle, 1751) et plus tard successivement Tozzetti (*Prima racolta di osservasioni medic.,* Florence, 1752), Theden (*Nova acta natur. curios.*, t. V), Delaporte (*Mém. de l'acad. roy. de chirurg.,* t. II, 1753), osent proposer l'opération. Toutefois de Haen, W. Hunter, Morgagni, Van Swiéten combattent cette proposition qui reste dans l'oubli jusqu'au moment où Morand vint l'appuyer de toute son autorité.

Mais ce ne fut qu'en 1781, que les idées défendues par Morand furent mises à exécution par un chirurgien français, L'aumonier de Rouen.

Il s'agissait d'une tumeur ovarique laissant couler par la pression une

tumeur puriforme qui sortait par le vagin (*Hist. de la Société roy. de méd., Paris,* t. V, 1782). La malade âgée de 21 ans, fut opérée le 5 janvier 1781 ; et le 20 février suivant, elle était complétement guérie.

Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici la relation si intéressante de L'aumonier; mais nous ne saurions passer sous silence le dernier alinéa : «Cet exemple et celui de l'amputation totale de l'utérus et du «vagin pratiquée avec succès autorisent également à assurer qu'avec les «connaissances profondes de l'économie, il n'est guère d'organes sur «lesquels on ne puisse exercer avec avantage les diverses opérations de la «chirurgie.»

Cette réflexion terminale de L'aumonier était une prédiction qui devait bientôt s'accomplir. En effet, quelques années encore, et l'anatomie devait acquérir un développement inattendu, immense ; et la chirurgie guidée par elle allait marcher à pas de géant à la clarté toujours sûre de ce brillant flambeau. Ainsi au commencement de ce siècle, maniée par des hommes enhardis par la science, mûs par des convictions profondes, la gastrotomie prenait rang parmi les opérations régulières et pratiques, et devenait le moyen le plus certain pour arriver à la cure radicale de la maladie ovarique. Voici les noms les plus célèbres : L'aumonier 1781, John King 1808, Mac Dowall 1809, Emiliani 1815, Lizars 1823, Ch. Clay de Manchester 1842. H. Walne et Fréd. Bird 1843, J. B. et W. B. Atlee, Amérique 1843, etc.

Que si maintenant nous jetons un rapide coup-d'œil sur l'histoire de la gastrotomie en France, nous devons citer parmi les ardents défenseurs de cette opération, M. Chereau qui ne cessa dans ses nombreux travaux d'indiquer les résultats obtenus (*Journ. des connaiss. médic. chirurg.,* 1844); M. Worms qui a publié un remarquable travail sur ce sujet (*De l'extirpation des kystes de l'ovaire,* Paris 1860) et M. Kœberlé (*Opér. d'ovariotomie,* 1865. *Extirp. des tum. fibreuses,* 1865. *De l'ovariotomie,* 1865, dont une nouvelle édition va être mise sous presse).

Nous avons lu dans plusieurs publications que l'ovariotomie datait en France de 1861. Il est vrai qu'à cette époque M. Nélaton alla étudier la pratique des gastrotomistes anglais alors les plus en vogue; mais avant les

opérations exécutées par ce célèbre chirurgien, ou entreprises sous ses auspices, nous avons trouvé en France un certain nombre de tentatives que nous citons ici par ordre de date :

MM. L'aumonier, 1701 (déjà cité), succès.
Woyeikowski de Quingey (Doubs), 1844, succès (*Revue médic. chirurg.*, Paris 1847).
Rigaud, 1844, insuccès (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1852).
Vaullegeard de Condé-sur-Noiseau (Calvados), 1847, succès (*Journ. des conn. méd. chirurg.*, 1847).
Bach (*Gaz. méd. de Strasbourg,* 1852).
Maisonneuve (*Bull. de la Soc. chirurg. de Paris,* 20 déc. 1848).
Herrgott et Michel (*Gaz. méd. de Strasbourg,* 1859).
Jobert (*Bull. acad. méd.*, t. XXII, 1856).
Boinet (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1861).

Malheureusement toutes les opérations pratiquées de 1847 à 1862 demeurèrent frappées d'insuccès et la Gastrotomie dans l'ablation des kystes ovariques semblait définitivement jugée. En effet, dès 1858 l'Académie de médecine de Paris proscrivait l'opération, comme au temps d'Ambroise Paré, le collège de chirurgie avait proscrit l'opération césarienne; et chose remarquable, c'est à compter de cette époque que la gastrotomie devenait de plus en plus populaire dans la Grande-Bretagne !

Toutefois n'oublions pas qu'à cette même date (1858) M. le professeur Schützenberger se montrait partisan déclaré de l'opération et confiait une des malades de son service à MM. le professeur Michel et le professeur agrégé Herrgott, pour l'opérer.

Cependant en 1862, un jeune docteur de Strasbourg, enhardi par les conseils de M. le professeur Schützenberger, entrait résolument dans la carrière. Ses 4 premières opérations furent 4 succès; et depuis lors, dans la majorité des cas, l'heureuse pratique de M. Kœberlé ne s'est pas démentie (voir chap. IV, § 4).

Mais pendant plusieurs années, l'ablation de l'ovaire et de ses kystes parut le *nec plus ultra* de la gastrotomie. De temps en temps, il est vrai, on rencontrait en opérant des productions de natures diverses, autres que des tumeurs ovariques. L'utérus principalement, le ligament large, étaient le siége de ces productions morbides. Toutefois, les premiers qui les rencontrèrent reculèrent, laissant la tâche inachevée. Car il ne s'agissait plus, dans bien des cas du moins, d'enlever une simple tumeur ; il fallait porter l'instrument tranchant sur l'utérus même, l'amputer, ou l'extirper en totalité. Quelques-uns cependant, plus résolus, achevèrent l'œuvre, et il faut le dire, ces premières tentatives furent frappées d'insuccès.

Ce fut M. Heath de Manchester qui pour la première fois (1843) extirpa le corps de la matrice par la méthode sus-pubienne. Il croyait à une affection ovarique et il rencontra une tumeur fibreuse péri-utérine. Le col était sain. Il traversa cette partie saine avec une aiguille munie de deux ligatures qui furent placées de chaque côté de l'utérus, puis il excisa la tumeur qui pesait 3 kilos : L'opérée mourut d'hémorrhagie 17 heures après l'opération.

M. Ch. Clay (1844) enleva en même temps que les tumeurs fibreuses et l'utérus, les deux ovaires malades. Le quatorzième jour tout allait très-bien. Mais en changeant de lit l'opérée, la garde-malade la laissa tomber sur le plancher. Péritonite foudroyante emportant la malade dans quelques heures.

M. Burnham (1853) paraît avoir obtenu en Amérique le premier succès. Il croyait à une affection de l'ovaire gauche. La matrice portait une tumeur fibreuse et les deux ovaires étaient malades. L'utérus fut séparé au-dessous du point où il s'unit au vagin, et l'on appliqua deux ligatures sur les deux artères utérines. L'opérée se levait le trentre-cinquième jour.

Puis viennent les opérations de MM. Peaslee (1855), Kimball (deux opérations en 1855), Boïd (1856), S. Wells (1859), Sawye (1860), Kœberlé de Strasbourg (1862), etc. (voir les tableaux).

Toutes ces opérations, ou presque toutes ont été faites par erreur de diagnostic. M. le professeur Kœberlé est le premier à avoir tenté l'extirpation de la matrice avec connaissance de cause et de propos délibéré.

L'enlèvement de l'utérus et de ses annexes sera-t-il le dernier effort de la chirurgie moderne? Nous ne le pensons pas. Car déjà MM. Quittenbaum, de Rostock, en 1826, et Kuehler, de Darmstadt, en 1855, ont enlevé des rates hypertrophiées; et le 20 décembre dernier M. S. Wells en présence de MM. les docteurs Bowen, Richier et Wright, extirpait une rate pesant 6 livres 5 onces et mesurant 11 pouces de long sur 8 de large et 3 ou 4 pouces d'épaisseur. Il y eut une hémorrhagie et l'opérée mourut d'épuisement, trois jours après l'opération. (*Gazette des Hôp.*, n° 88, année 1866).

Cet insuccès ne paraît pourtant pas décourager le célèbre ovariotomiste; il sait en effet, de par lui-même, que la réussite est fille de l'expérience, et les faits que nous allons exposer tout-à-l'heure en sont une preuve évidente; ainsi toute l'histoire de la chirurgie se trouve renfermée dans cette maxime placée par un grand anatomiste à la tête d'un livre justement célèbre : *E morte vita!*

CHAPITRE II.

De la gastrotomie dans l'ablation de l'utérus.

«Quæramus quid optimum non quid usitatissimum.»
(Senec.)

§ 1er. *Opération.*

Envisagée à un point de vue général, l'ablation des tumeurs fibreuses péri-utérines demande, presque, le même manuel opératoire que l'ablation des kystes ovariques. Cette dernière opération, aujourd'hui bien connue, et que des succès aussi nombreux qu'incontestables placent maintenant à côté des grandes opérations les moins meurtrières, (ainsi que nous le prouverons bientôt), nous dispense de décrire tous les temps de l'hystérotomie. Nous nous bornerons donc à indiquer les faits les plus saillants, en signa-

lant, autant que nous en serons à même, la pratique des différents gastrotomistes les plus connus ; car, si chaque cas observé jusqu'ici, présente une physionomie propre, les procédés essayés ont dû varier en conséquence, et d'eux aussi on peut dire avec raison : «*Tot homines, tot sententiæ.*»

Nous pourrions même avancer qu'en fait d'opérations de ce genre, la meilleure règle serait de ne point en avoir. Quand donc on est résolu d'opérer, et quelques précautions qu'on ait d'ailleurs prises pour tâcher d'assurer le diagnostic, il faut être sur le qui-vive et se tenir prêt contre toutes les éventualités. C'est ici surtout qu'il faut posséder des connaissances anatomiques étendues, un coup d'œil juste, une conception vive, une résolution ferme, un sang-froid à toute épreuve ; car au moment où vous ouvrez le ventre vous marchez à l'inconnu, et prenez-y garde, la mise en scène peut devenir des plus dramatiques, des plus effrayantes, même pour les personnes habituées au spectacle des opérations les plus graves de la chirurgie ; et n'oubliez pas que la moindre faute, une simple méprise peuvent tout compromettre et tout perdre.

Instruments. — Voilà pourquoi l'opérateur doit avoir sous la main tous les instruments nécessaires dans les cas de difficultés imprévues. Savoir :

1° Petits bistouris droits, à manche fixe.

2° Paires de pinces à disséquer d'une force variable.

3° Plusieurs sondes cannelées.

4° Ciseaux droits et courbes sur le plat.

5° Paires de grandes pinces à griffes (pinces de Museux) munies d'un mécanisme destiné à les maintenir serrées.

6° Pinces à pansement disposées de la même manière.

7° Pince-artères, ou petites pinces à pression continue. Ces instruments doivent être munis d'un fil afin que, s'ils se détachaient accidentellement, ils ne puissent pas se perdre au milieu des intestins.

8° Du fil de soie ciré, de différentes couleurs, disposé pour les ligatures et deux ou trois anneaux en fil de fer pour y retenir les fils des ligatures pendant l'opération, afin de ne pas risquer de les égarer dans l'abdomen.

9° Trocarts ordinaires de divers calibres et un gros trocart muni d'un tube en caoutchouc pour vider rapidement le contenu des kystes, s'il y avait erreur de diagnostic.

10° Un constricteur mécanique : clamp ou serre-nœud.

11° Un grand serre-nœud à chaîne; plusieurs serre-nœuds de 0m,12, 0m,10, 0m,06 de longueur, avec des fils de fer doublés tout prêts à servir :

12° Aiguilles longues, l'une munie d'un gros fil de soie ciré et les autres, d'un double fil de fer pour les points de suture profonde, avec une douzaine de chevilles de quatre centimètres de long; et des fils de fer fins de rechange.

14° Une pelote d'épingles fines et longues pour la suture entortillée; plus, des épingles fortes pour attacher les pièces du pansement. Bandelettes agglutinatives, baudruche gommée.

15° Un sécateur ou pince coupante; un tournevis et une pince plate ordinaire (pince d'horloger) pour tordre les gros fils de fer.

16° Une feuille de plomb à découper de0,m001 d'épaisseur.

17° Éponges. Eau, préalablement soumise à l'ébullition, chaude et froide.

18° Bandage de corps. Flanelle. Compresses. Charpie. Taffetas ciré.

19° Sonde en gomme pour vider la vessie. Tubes en verre, en caoutchouc pour drainage, de grosseurs diverses. Vessies en caoutchouc pour renfermer de la glace ou de l'eau tiède. Bouillottes d'eau chaude, ou briques chaudes enveloppées de laine. Poire en caoutchouc pour aspirer les liquides ou seringuer commodément lors du pansement. Plat à barbe peu profond, convenablement échancré, en fer blanc et destiné à être appliqué contre le pubis pour recevoir les liquides qui pourraient souiller le lit. Un clysopompe, une grande sonde œsophagienne ou une canule large pour évacuer les gaz intestinaux. Une pince dilatatrice de l'anus. Fers à cautères.

20° Chloroforme 250 à 300 grammes. Perchlorure de fer à 40°, 50 gr. Acétate de morphine 0 gr. 10 dans 100 gr. d'eau. Sulfite de soude en solution au dixième. Liqueur ammoniacale anisée, 20 grammes. Éther 30 grammes. Alcool à 40°, 100 gr. Collodion, 20 grammes.

Certes ce matériel est compliqué car la plupart du temps un bistouri, une pince, des fils de soie et de fer et une aiguille peuvent suffire, quand il n'y a pas d'adhérences. Mais il est prudent d'avoir tous ces instruments disponibles et sous la main, car, dans des circonstances données, ils peuvent tous être utiles.

Régime préparatoire. — Avant de vouloir opérer, il faut relever les forces de la malade par des toniques, des reconstituants etc.; lui donner le temps nécessaire pour s'acclimater dans le milieu où elle doit être opérée. On doit éviter les ponctions dans les jours qui précèdent l'opération; car ces ponctions deviennent de plus en plus dangereuses à mesure que leur nombre augmente; or, une péritonite ou un commencement de péritonite sont de très-mauvaises conditions.

Lieu de l'opération. — Autant que possible on choisira les petits hôpitaux particuliers, les maisons de santé n'admettant qu'un petit nombre de malades; on donnera la préférence aux établissements où le service médical est le mieux organisé.

Aération. — Chambre bien aérée, exposée au midi et donnant sur un grand jardin, c'est le meilleur.

M. Peaslee veut qu'on remplisse la chambre de vapeur d'eau au moyen d'un vase entretenu en ébullition. M. B. Brown regarde cette précaution comme de toute utilité. M. Wells pense au contraire qu'une atmosphère chaude et humide peut être nuisible. M. Kœberlé n'attache aucune importance à la précaution conseillée par M. Peaslee.

Propreté. — On ne saurait être trop sévère pour les soins de propreté en ce qui concerne la chambre de la malade; les ustensiles, les éponges, l'eau, les pièces à pansement, les instruments, la malade, les aides, les assistants, les personnes du service hospitalier et l'opérateur. Ne pouvant entrer ici dans tous les détails, nous nous bornerons aux indications suivantes.

Éponges. — Elles doivent être débarrassées d'une façon aussi complète que possible du sable dont elles sont incrustées. On les traitera donc suc-

cessivement par l'acide nitrique étendu d'eau, par une solution de carbonate de soude, par l'alcool et par un lavage prolongé dans l'eau pure. Les éponges qui ont déjà servi seront lavées dans une solution de carbonate de soude, puis dans une seconde de sulfite de soude et enfin purifiées à grande eau.

Eau. — Il faut toujours la soumettre à l'ébullition pour détruire les microzoaires et les germes de moisissure. Elle sera très-pure. M. Kœberlé n'use jamais d'infusions ni de décoctions végétales, soi-disant émollientes. Elles sont plus pernicieuses qu'utiles.

Instruments. — Ils seront exactement nettoyés, passés même par le feu, suivant les circonstances.

Préparation de la malade. — Purgatif 48 heures avant l'opération, peu importe sa nature; cependant M. Kœberlé semble préférer l'huile de ricin (40 à 50 gr.) émulsionnée avec du sirop tartrique (20 à 25 gr.). — Après la purgation, 4 à 6 gr. de bismuth. Nourriture succulente; mais le matin du jour où il doit opérer, il ne permet qu'un léger potage.

Chloroforme. — M. Clay pense qu'on devrait supprimer le chloroforme, parce que, dit-il, on éviterait les vomissements. Cet inconvénient nous paraît minime, comparativement aux avantages réels que fournit la chloroformisation, tant pour la tranquillité du malade, que pour la sûreté et la liberté d'action du chirurgien [1].

[1] A Strasbourg, règle générale, on endort profondément et rapidement. D'abord on familiarise le malade pendant quelques instants avec l'odeur du chloroforme, puis on pousse hardiment et activement la chloroformisation. De plus, les indications fournies par le pouls pendant le sommeil chloroformique sont considérées comme absolument nulles. Les troubles de la circulation, en effet, ne sont jamais que consécutifs aux troubles de l'hématose. Quand le pouls faiblit et disparaît, le mal est grand, très-grand. L'auscultation des bruits respiratoires, buccaux, laryngiens, voilà donc le point capital à observer; et il ne faut pas se laisser induire en erreur par la continuation du jeu du diaphragme et des muscles intercostaux, lequel persiste encore, même quand l'air ne pénètre déjà plus dans le poumon. Or la rareté ou la suspension des bruits respiratoires peut tenir à deux causes : ou il y a spasme de la glotte, ou la langue, entraînée par son propre poids (le patient étant en pleine résolution), tombe dans l'arrière-gorge. Là elle agit comme un bouchon, offrant à l'acte respiratoire un obstacle purement mécanique. Le remède

De plus, les vomissements peuvent presque toujours être enrayés. Pendant l'opération, le meilleur moyen de les faire cesser, ou de les empêcher quand ils tendent à se manifester, c'est d'activer rapidement la chloroformisation. Après, la position demi-assise, oblique d'environ 35° sur le plan du lit, le silence et l'immobilité, réussissent presque toujours. Au contraire, une position plus élevée fait vomir.

Souvent aussi après le chloroforme, le nez, la bouche, le menton se rubéfient ; ils peuvent même se couvrir de phlyctènes ; l'éther camphré appliqué sur la partie irritée au moyen d'un pinceau, a souvent prévenu ce petit accident.

M. Kœberlé chloroformise ses opérées et il les maintient dans la résolution musculaire complète jusqu'à ce que l'opérée soit lavée et définitivement installée dans son lit. Les aides ne sont introduits qu'après chloroformisation complète et sortent avant le réveil de l'opérée.

Position de l'opérée et de l'opérateur. — La position de la malade et de l'opérateur varie suivant le chirurgien. M. Tyler Smith se place entre les cuisses de la malade qui est demi-assise. M. B. Brown dispose la patiente sur un lit très-bas. Ces deux chirurgiens opèrent assis. MM. S. Wells, Kœberlé préfèrent un lit de hauteur convenable ; ils opèrent debout ; ce dernier se place à la droite de la malade qui est tout-à-fait dans le décubitus dorsal, la tête étant relevée par des coussins; il prend les précautions nécessaires pour que la patiente puisse être opérée sur le lit même qu'elle doit occuper après l'opération.

dans l'un et l'autre cas, c'est de porter profondément les doigts dans le pharynx et de ramener la langue en avant. Si l'obstacle est mécanique, il sera levé par cela même ; s'il y a spasme, l'introduction des doigts et le mouvement imprimé à la langue produiront une *action réflexe* puissante qui amènera toujours de profondes inspirations. Il est bon que l'aide chargé du chloroforme ait la précaution de protéger la première phalange avec un cylindre en métal, afin d'être prêt à agir sans danger pour lui, s'il fallait écarter rapidement les mâchoires. — Malgré la promptitude avec laquelle on endort, le degré de résolution élevé auquel on amène le malade, et le temps souvent très-long pendant lequel on l'y maintient, nous n'avons jamais été témoin d'aucun accident, sauf le cas de syncope, ce qui est fort rare.

Incision. — On la fera sur la ligne médiane. Elle doit nécessairement être plus grande que pour l'extirpation des kystes ovariques, où la ponction de la tumeur rend le plus souvent une ouverture de quelques centimètres suffisante. Dans l'ablation des corps fibreux au contraire, elle doit avoir une longueur égale environ au tiers de la circonférence de la tumeur. Rarement elle est pratiquée d'emblée. M. Kœberlé passe directement par l'ombilic; d'autres le contournent et l'évitent. Ceux-ci débrident le péritoine sur leur doigt, après l'avoir incisé; ceux-là se servent de la sonde cannelée.

Il faut bien prendre garde de ne pas se fourvoyer derrière le muscle droit de l'abdomen, en prenant par inadvertance, ou faute de connaissances anatomiques, les tissus fibreux sous-jacents pour un kyste adhérent. Pour éviter cette erreur, il faut se rappeler que la peau, le tissu connectif (graisseux sous-dermique) et les tissus fibreux de la ligne blanche ayant été divisés, on tombe encore sur du tissu connectif (graisseux sous-péritonéal) au milieu duquel se présente l'ouraque ; et que si l'on s'est un peu écarté de la ligne médiane, on rencontre les vestiges des artères ombilicales. Alors seulement se présente le péritoine, puis la tumeur.

Réduction de volume de la tumeur. — Si la tumeur contient des collections liquides, on se conduira comme dans l'ablation des kystes ovariques; c'est-à-dire qu'on videra ces collections pour gagner du terrain. Dans le même but aussi, si la tumeur est très-volumineuse, on cherchera à énucléer les noyaux les plus considérables, si la chose est possible, si non, on l'excisera par portions. Mais l'énucléation et l'excision ne sont praticables qu'autant qu'on aura jeté et serré une ligature sur la partie inférieure de la tumeur, à son implantation sur la matrice. Il ne faut pas perdre de vue que les tumeurs sont ordinairement très-vasculaires. Comme leurs veines sont dépourvues de valvules, une simple ponction, l'excision de ces tumeurs, sont suivies d'hémorrhagies très-graves, et si on n'y remédie pas rapidement par une constriction puissante ou par une compression énergique des parties divisées, ou de la tumeur en masse, on s'expose à des dangers quelquefois irrémédiables.

Section de la tumeur. — Le point capital de l'ablation des corps fibreux, c'est la constriction de la tumeur; or il peut se présenter deux cas : ou le produit morbide est pédiculé, ou il est sessile.

Disons de suite que l'heureux ovariotomiste de Strasbourg a depuis longtemps rejeté le clamp, la pince de M. Hutchinson, celle de M. Demarquay et l'écraseur de M. S. Wells. Qu'il s'agisse d'une tumeur ovarique ou utérine, solide ou liquide, M. Kœberlé emploie à-peu-près exclusivement ses serre-nœuds. Voici comment il les décrit dans ses opérations d'ovariotomie (déjà citées).

Serre-nœud Kœberlé. — «Mes serre-nœuds fonctionnent d'après le mé-«canisme du serre-nœud de M. A. Dubois, au moyen d'une vis contenue «dans une gaîne, entraînant par son mouvement de rotation, l'écrou auquel «se trouve fixée l'anse de fil de fer. La longueur totale de l'instrument va-«rie entre 10 et 20 centim., suivant la profondeur de la ligature à établir. «La longueur de la vis est de 4 à 6 centim. L'extrémité inférieure de l'ins-«trument offre un orifice élargi transversalement pour le passage de l'anse «métallique. Les bords latéraux de cet orifice sont courbes, de manière à «se prêter à la courbure de l'anse du fil auquel ils servent de surface de «réflexion, et pour empêcher sa section au moment de la constriction, ce «qui résulte des instruments analogues dont les deux ou dont l'un des «côtés de l'orifice sont parallèles à l'axe de traction. L'écrou doit jouer «très-librement dans la gaîne. La vis se serre au moyen d'une clef. La «largeur de l'extrémité inférieure de l'instrument est de 10, 15 et 20 «millimètres.

«Je préfère les ligatures métalliques établies au moyen de mes serre-«nœuds aux simples ligatures avec un fil de soie ou de chanvre, parce que «la constriction peut être graduée à volonté, et permet d'obtenir un en-«gourdissement immédiat des nerfs ovariques, une mortification complète «du moignon et une chute plus rapide de la ligature. Je me sers d'un «double fil de fer mince, bien flexible et bien recuit.»

Ligatures. — M. C. Clay, Kimball, ont employé les ligatures de soie serrées à la main. Mais ces ligatures ont souvent glissé, échappé; et nous

verrons que trop souvent en fuyant, elles ont ouvert la porte à des hémorrhagies mortelles. Et puis la constriction n'est pas assez puissante; la mortification ne se fait pas. Ainsi chez une opérée de M. Clay, la ligature du pédicule persistait encore au 30e jour; dans un autre cas opéré par M. Kimball, les ligatures ne tombèrent qu'au bout de 11 mois !

Au contraire, les ligatures métalliques comprises et serrées dans les serre-nœuds de M. Kœberlé peuvent fournir un degré de constriction très-suffisant. Convenablement appliquées, elles ne glissent pas et amènent une mortification rapide.

Production pédiculée. — Si la tumeur est pédiculée elle peut être énucléable ou non. La première condition est certes la plus favorable. Alors le point différentiel d'avec l'opération des kystes ovariques, c'est la profondeur à laquelle il faut placer la ligature.

Celle-ci, du reste, ne présente de difficultés qu'autant que le pédicule est largement implanté sur le corps de la matrice, qui alors demeure intacte. C'est donc là le cas simple. Ajoutons que la section doit être pratiquée au-dessus de la ligature à une distance telle, que le moignon ne puisse pas lui permettre de glisser ni de fuir.

M. B. Brown, dans les cas de kystes ovariques, emploie le fer rouge pour diviser le pédicule et n'applique pas de ligature.

Production sessile. — S'agit-il au contraire d'un produit sessile, le cas devient très-grave, car de sérieuses difficultés peuvent surgir. Dans l'espèce, l'utérus est très-compromis. Dans ce cas, en effet, il doit être notablement réséqué, sinon enlevé en totalité, suivant les circonstances. La ligature de section peut donc intéresser un point quelconque de la matrice, la dépasser même, porter sur la partie supérieure du vagin, lequel, alors, est converti en cul-de-sac (C. Clay, *Results of ovariotomy*, case XXII, 1848).

La plupart du temps, les annexes de l'utérus (trompes, ovaires) sont aussi enlevées du coup. M. Kœberlé avait fait de leur ablation une règle générale, quel que soit du reste l'état de ces organes. Mais depuis il en a

excepté tous les cas dans lesquels cette ablation compliquerait par trop le manuel opératoire, en nécessitant par exemple l'application d'une ou de deux ligatures profondes en plus de la ligature principale, indispensable à l'extraction des parties malades. Voici les motifs de cette façon d'agir : «1° parce que l'utérus enlevé, ces organes deviennent tout-à-fait inutiles ; «2° parce que les produits de sécrétion des trompes ne pouvant plus être «évacués, s'accumuleraient et pourraient devenir la source d'affections «nouvelles (hydropysie des trompes); 3° parce que les ovaires continuant «à donner lieu à une hémorrhagie mensuelle, pourraient peut-être deve-«nir le point de départ d'accidents plus ou moins graves; 4° parce que la «plupart du temps la conservation des trompes et des ovaires donne lieu à «des difficultés opératoires.» (Kœberlé, *Obs. d'ovar.* déjà citées).

Quand la tumeur est sessile il peut se présenter deux cas : ou le ligament large est sain, et il peut alors permettre d'atteindre facilement le corps de l'utérus, le fond du vagin; ou il est lui-même envahi par le produit morbide au point de rendre ces dernières parties inaccessibles.

Ligament large sain. — M. C. Clay détache les ligaments larges en ayant *soin de lier successivement les vaisseaux,* puis il continue la dissection jusqu'au col de l'utérus. Dès qu'il peut passer le doigt autour de la tumeur, il dispose une ligature, formée par trois fils de chanvre indien, immédiatement au-dessus de l'orifice du col qu'il divise ensuite (voir l'obs. très-détaillée dans le *Med. tim. and. Gaz.*, Londres 18 août 1863).

MM. Heath, Kimball, Kœberlé, etc., procèdent quelquefois autrement. Ils se servent d'une tige d'acier épaisse de $0^{m},002$, et non trempée à sa partie moyenne, terminée en pointe de trocart et munie à l'autre extrémité d'un chas au travers duquel ils passent un double fil de fer tordu et replié en deux parties égales. Ils donnent à la tige une longueur convenable. Ils commencent par décoller la vessie de la matrice jusqu'au vagin; puis ils traversent le col utérin en avant sur la ligne médiane, au milieu de la partie sus-vaginale, et font ressortir l'instrument en arrière du cul-de-sac recto-vaginal en entraînant les deux extrémités du fil de fer. Ce double fil de fer est alors divisé au niveau du chas, et l'aiguille se trouve ainsi déga-

gée. Alors chacun des doubles fils engagé dans le même trou du col utérin sert à embrasser de chaque côté le ligament large dans une anse qui comprend la trompe et l'ovaire correspondants, s'il y a lieu. Chacun d'eux est enfin serré dans un serre-nœud. Cela fait, section des trompes et des ovaires, amputation de la matrice avec de forts ciseaux.

Ce dernier procédé nous semble préférable; car il est plus expéditif pendant l'opération, plus prompt pour la guérison, puisqu'au lieu d'être obligé de faire et de laisser en place un nombre considérable de fils, tout se trouve ainsi compris entre deux ligatures. Nous pensons donc que chaque fois que ce procédé pourra être mis en œuvre, ce sera celui auquel on devra donner la préférence. Toutefois n'oublions pas que souvent une seule ligature suffit.

Ligaments larges envahis. — Mais l'envahissement des ligaments larges par la tumeur, peut donner lieu à de grandes difficultés. Alors, en effet, il est parfois impossible d'atteindre d'emblée le col utérin. Dans ces opérations compliquées M. Kœberlé jette une série de doubles ligatures placées les unes au-dessous des autres. Il les échelonne ainsi jusqu'au col utérin, ayant soin de ne diviser le ligament large que par petites portions, peu-à-peu, de manière à pouvoir rester maître de l'hémorrhagie. Il lie également les vaisseaux de la tumeur, soit par petites portions, soit en grandes masses, ou bien il les comprime avec des pinces, suivant la circonstance.

Ligatures perdues. — Quant aux ligatures, et pour en finir avec elles, disons encore que M. Tyler Smith coupe ras les chefs, laisse tomber le pédicule dans le ventre et ferme complétement la plaie. MM. S. Wells. B. Brown et C. Clay au contraire les maintiennent au-dehors. M. Kœberlé suit ce dernier procédé. Dans un seul cas suivi d'insuccès il a traité des ligatures très-profondes en *ligatures perdues.*

Certes ce procédé des ligatures perdues serait un procédé fort commode; nous pensons cependant que, sauf le cas de nécessité absolue, la pratique de M. Tyler Smith ne doit pas être imitée.

§ 2. *Complications pendant l'opération.*

Un assez grand nombre de complications peuvent entraver la marche de l'opération; mais il en est surtout deux qui sont à redouter : ce sont les adhérences graves et l'hémorrhagie. Viennent ensuite l'introduction de l'air dans la cavité abdominale, la hernie des intestins et de l'épiploon, la déchirure des viscères, le sang épanché, etc.

Adhérences. — Deux cas peuvent se présenter : elles peuvent être ou légères ou graves. Occupons-nous de ces dernières. Les adhérences sont graves à deux points de vue : 1° par leur nombre, leur étendue et leur vascularité ; 2° par les parties ou organes auxquels elles peuvent relier la tumeur (excavation, foie, vessie, rate (très-rare), etc.). Autrefois on considérait les adhérences très-nombreuses, très-étendues comme une contre-indication formelle. Mais aujourd'hui, les gastrotomistes les plus célèbres pensent que les cas inopérables pour cause d'adhérences, sont extrêmement rares.

Toutes les fois donc que les adhérences ne sembleront pas de nature à pouvoir compromettre le succès de l'opération, il faudra, les décoller, ou les déchirer autant que possible. L'usage de l'instrument tranchant doit être l'exception et quand on l'emploie il ne faut jamais couper qu'entre deux ligatures. Une pratique mauvaise serait d'exercer des tractions sur une adhérence soit pour l'amener au-dehors soit pour la rompre, sans s'être préalablement assuré *de visu* et de sa nature (vasculaire ou non) et des organes avec lesquels elle est en connexion. Mieux vaut agrandir l'incision. Depuis plusieurs années, certains chirurgiens anglais divisent les adhérences avec le fer rouge. Dernièrement M. Kœberlé a tranché ainsi une adhérence de la largeur de la main, reliant un corps fibreux à l'excavation. La malade guérit très rapidement (obs. VIII).

Les surfaces saignantes des adhérences soustraites au contact de l'air ne suppurent pas. Elles se recouvrent simplement d'un exsudat fibrineux et s'accolent aux parties avec lesquelles elles sont en rapport.

Déchirures des organes. — Cet accident se produit principalement, quand on manque au conseil que nous venons de donner en recommandant de n'agir que *de visu* dans la section des adhérences.

Hémorrhagie. — Elle peut provenir de gros vaisseaux, ou bien des capillaires. Dans le premier cas la compression et la ligature sont les seules ressources, quand elles sont encore possibles. Si non l'hémorrhagie peut être foudroyante. Cet accident, hâtons-nous de le dire, est rare pendant l'opération; et la plupart du temps il est le résultat d'une faute.

L'hémorrhagie par les capillaires est bien plus rebelle et surtout faite pour exercer la patience et la sagacité du chirurgien. Dans ce cas M. Kœberlé a employé avec bonheur le cautère actuel, le perchlorure de fer à 40°, promené discrètement avec l'extrémité du doigt sur la surface saignante. Le foie adhérent et déchiré dans une étendue de plusieurs centimètres a été touché par le même agent sans aucun résultat fâcheux et l'hémorrhagie et l'écoulement biliaire furent arrêtés du coup (obs. I). L'acupressure donne aussi de bons résultats; quand le sang provient de la paroi abdominale. La torsion est un moyen très-infidèle; mieux vaut saisir les lambeaux saignants dans des pinces à pression, les maintenir comprimés pendant un temps convenable, et lier en définitive, si au moment du pansement l'hémorrhagie n'a pas cessé.

L'hémorrhagie la plus à craindre est celle qui vient du pédicule. Elle dépend de l'imperfection des instruments constricteurs; nous avons vu que les serre-nœuds de M. Kœberlé, sont le plus sûr moyen de parer à cet épouvantable accident.

Introduction de l'air dans la cavité péritonéale. — Contrairement aux appréhensions de M. Clay, l'introduction de l'air dans la cavité abdominale et la hernie des intestins et de l'épiploon ne sont pas des complications très-redoutables. Dans l'obs. I, un décilitre d'air enfermé dans la région épigastrique s'est complètement résorbé au bout de trois jours sans produire d'accidents. Dans la pratique d'autres opérateurs les mêmes faits se sont aussi reproduits et sans accident. M. Kœberlé maintient même chez ses opérées la plaie béante, à son angle inférieur. L'air a ainsi un libre accès

dans la cavité abdominale et le petit bassin. Cette méthode favorise il est vrai la décomposition du sang et des liquides épanchés; mais d'un autre côté, on leur ménage, ainsi qu'aux tissus mortifiés, une libre issue, et l'on s'oppose à l'extension de la péritonite en même temps qu'on facilite les injections détersives et désinfectantes.

Hernie des intestins. — Autant que possible la hernie des intestins doit être évitée; mais quand ils s'échappent de leur cavité il ne faut pas s'alarmer. Ainsi en 1819 Mac Dowall raconte «que dans une ovariotomie, «aussitôt l'incision faite, les intestins se précipitèrent sur la table. La tu«meur remplissait si bien l'abdomen qu'il ne put les replacer qu'après l'o«pération qui dura plus de 25 minutes.» (Guérison). M. Kœberlé a laissé dehors, pendant tout le temps d'une opération plusieurs anses d'intestin herniées (guérison). Dans un autre cas, le grand épiploon est resté exposé à l'air pendant 25 minutes, il était refroidi quand il fut lavé et rentré (guérison). Citons encore une jeune fille opérée par Kiwisch : les intestins firent hernie à plusieurs reprises. Il s'écoula une assez grande quantité de sang et de liquide dans la cavité abdominale en même temps qu'il y pénétra de l'air. La patiente fut retournée sur le ventre pour faire écouler les liquides ; tous les intestins sortirent (guérison). (*De l'ovariotomie,* déjà cité).

Manœuvres hardies, n'ayant amené aucun résultat fâcheux et bien aptes à ébranler au moins un peu les timides croyances que l'ancienne chirurgie professait à l'adresse du péritoine!

§ 5. *Pansement. Soins consécutifs.*

Avant de fermer le ventre, on prendra toutes les précautions utiles contre l'hémorrhagie; la cavité abdominale sera convenablement épongée. M. Kœberlé regarde comme utile de laisser une mince couche de sang afin d'agglutiner les anses intestinales entre elles, et d'établir des adhérences provisoires. M. Kœberlé attache une haute importance à ces adhérences fraîches; et il veut qu'elles soient ménagées avec le plus grand soin jusqu'à

ce que ces adhérences se soient franchement et solidement organisées. Dans les cas d'ovariotomie, la présence d'une petite quantité de liquide kystique peut remplir le même but; ce liquide est tout aussi inoffensif que le sang, pourvu qu'il soit franchement albumineux et qu'il n'ait déjà subi aucune altération putride.

Sutures. — L'occlusion de la plaie se fait au moyen de sutures. Les fils peuvent être métalliques, de chanvre ou de soie indifféremment. MM. S. Wells et Tyler Smith, traversent le péritoine et adossent les surfaces opposées de la séreuse qui borde la lèvre profonde de la solution de continuité. MM. Clay, B. Brown respectent cette séreuse et évitent de la comprendre dans les fils. M. Kœberlé suit la même méthode, mais il a soin de faire passer le fil juste au-dessus du péritoine dont il cherche cependant à affronter les bords comme MM. Wells et Tyler Smith. De plus, il rapproche les lèvres de la plaie au moyen d'une double suture. La première (suture profonde), est métallique et enchevillée, elle part d'un côté de 3 à 8 ou 10 centim. des bords de la plaie, et sort de l'autre côté à égale distance. Le nombre des points varie suivant l'étendue de la plaie. Ceux-ci ont pour but de mettre et de maintenir en contact les parties profondes, et surtout de relâcher la paroi abdominale afin qu'il y ait affrontement sans traction ni pression prononcées sur les parties en contact.

La deuxième suture (suture superficielle), est la suture entortillée ordinaire.

Les points de suture profonds peuvent être enlevés du 3e au 4e jour si la réunion immédiate a été obtenue, et s'il n'y a pas de tympanite. Vers le 4e jour la réunion est ordinairement très-solide et les fils n'ont pas encore sensiblement irrité la peau, pourvu que les points de suture n'aient pas été trop serrés. Du reste ces points de suture profonds peuvent être laissés à demeure même pendant 10 à 15 jours, si besoin en est; mais quand on le peut, il est préférable de les enlever au plus tôt. Quant aux points de suture entortillée, M. Kœberlé extrait les épingles ordinairement au bout de 12 à 15 heures, après avoir préalablement enduit les fils avec du collodion, sauf contre-indication spéciale.

Sutures sèches au collodion. — Ainsi au fur et à mesure qu'il enlève les fils ou les épingles, l'industrieux gastrotomiste de Strasbourg, les remplace par des cordons de fil de coton fixés à la paroi abdominale au moyen de collodion très-liquide mêlé à de très-légers brins de coton. Ces cordons s'unissent deux à deux par une bouclette qui peut être serrée à volonté. Pour attacher ces cordons on place une de leurs extrémités, préalablement étalée, sur la peau, on recouvre d'une couche de coton fin, extrêmement mince, et le tout est arrosé avec le collodion. Le coton sert ici à donner du corps au collodion qui doit être très-liquide de manière à couler comme *de l'eau*, afin de livrer passage à la transpiration cutanée et d'éviter le froncement de la peau. Pour que le collodion tienne bien, il faut laver préalablement la peau avec un mélange d'éther et d'alcool, afin de dissoudre les matières grasses etc. Au moyen de ces fils, qu'il est aisé de maintenir aussi longtemps que l'on veut, on s'oppose au tiraillement, à l'écartement que les lèvres de la plaie fraîchement cicatrisées tendent à subir sous l'influence de la distension abdominale. Ce procédé de suture sèche est certes un véritable progrès; et elles seront, nous n'en doutons pas, appliquées avec beaucoup de succès dans un grand nombre d'opérations chirurgicales.

Notons en passant que si l'œdème des parois abdominales s'oppose à la réunion immédiate, il n'entrave cependant pas la cicatrisation d'une manière absolue. Dans la IIme obs. de M. Kœberlé, en effet, l'épaisseur considérable du tissu graisseux sous-cutané, et l'œdème n'ont pas empêché la réunion de se faire d'une façon régulière. Dans bon nombre d'ovariotomies on a noté le même fait. Si l'œdème est considérable, il suffit de maintenir au niveau de la plaie et de distance en distance un ou plusieurs tubes de drainage.

Moignon. — M. Kœberlé laisse le serre-nœud plonger dans l'abdomen, mais ainsi que pour la partie sectionnée, son extrémité libre est maintenue au-dehors. Le moignon est soutenu dans cette position à l'aide d'un ou de deux gros fils d'acier, qui embrochent sa masse transversalement. Ces fils d'acier reposent directement sur la paroi abdominale. Ils la suivent donc dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement; produisant ainsi une

pression uniforme, empêchant la rentrée du moignon, immobilisant les adhérences en voie de formation, et maintenant dans un rapport constant les parties les unes avec les autres.

Il suit de ce que nous venons de dire, qu'entre le pédicule attiré au-dehors, et les lèvres de la plaie, il reste une ouverture triangulaire à sommet dirigé en haut, et dont les côtés embrassent latéralement le serre-nœud et le pédicule, ou les fils suspenseurs. Le fond de ce triangle est rempli par les intestins et l'épiploon. De la charpie, ou une lame de plomb recourbée s'opposent à l'issue des intestins au-dehors, souvent des tubes en caoutchouc, ou en verre, depuis $0^m,005$ jusqu'à $0^m,015$ de diamètre, sont disposés entre le pédicule, la lame de plomb ou les mèches de charpie. Ils descendent dans l'abdomen à des hauteurs variables, jusqu'au fond même de l'excavation (à environ 12 centimètres). Véritables tuyaux de conduite au moyen desquels les liquides et les détritus sont rejetés au-dehors sans infecter la cavité péritonéale.

M. Kœberlé attache la plus haute importance à l'expulsion des produits morbides qui pourraient encombrer l'excavation et causer de graves accidents. Pour faciliter leur écoulement, cet ingénieux chirurgien a construit une canule double, assez semblable aux canules de la laryngotomie, dont elle diffère parce qu'elle est droite, et parce qu'à la canule externe s'adapte un trocart. Armé de la sorte, l'instrument est destiné à perforer la partie inférieure du bassin, par le vagin et dès l'opération, afin d'y établir la canule à demeure. Après la ponction on retire le trocart, que l'on remplace alors par la canule interne.

Momification du moignon. — Presque toujours le moignon est momifié avec le perchlorure de fer à 40°; cette méthode, dûe à M. Kœberlé, lui a toujours donné de très-heureux résultats. Il suffit de promener le doigt, légèrement enduit par la liqueur, sur la partie à mortifier. L'emploi du sulfite de soude comme agent désinfectant, a également contribué à la perfection du résultat.

Depuis deux ans M. Kœberlé n'emploie plus la glace que dans des cas exceptionnels (inflammation): il se contente d'un pansement simple,

de quelques brins de charpie sèche déposés sur la plaie afin de pouvoir surveiller à l'aise, et remédier de suite aux accidents.

Régime et soins consécutifs. — M. Peaslee pratique, s'il le faut, des injections détersives dans la cavité abdominale avec un sérum artificiel chauffé à 36°. M. Kœberlé emploie l'eau pure et dans les 24 heures qui suivent l'opération, il fait de 3 à 5 pansements suivant besoin.

Régime. — Le régime de l'opérée varie avec l'opérateur M. B. Brown nourrit dès le premier jour au moyen d'injections dans le rectum ; et il cherche à calmer la douleur par les inhalations de térébenthine. Il préconise la glace contre les vomissements.

M. Clay, si la malade vomit, suit la méthode expectante; si non, il permet une très-légère nourriture, quelques boissons fraîches et il attache une grande importance à l'élévation de la température.

Il maintient le ventre libre au moyen de lavements à l'huile de ricin ou de fiel de bœuf; contre la douleur : opiacés.

Les lavements de fiel de bœuf sont surtout dirigés contre la tympanite intestinale. On sait, en effet, que la bile mêlée aux aliments empêche la putréfaction de ces derniers et partant le développement des gaz.

M. S. Wells tient moins à une température élevée, pourvu qu'elle soit douce, qu'à un repos absolu et à l'aération du milieu au moyen de tuyaux d'appel ou de cheminées allumées. Il nourrit suffisamment, mais sous le plus petit volume possible. Il combat les vomissements par la glace, la faiblesse par les stimulants, la douleur par l'opium.

M. Kœberlé nourrit aussi ses malades : lait, café au lait froid, bouillon, gelée de viande; vins généreux de Bordeaux ou d'Espagne. Il évite souvent les vomissements dûs au chloroforme par une abstinence absolue de liquide sucré, ou en donnant du champagne frappé. Contre la soif, glace dans la bouche; contre la douleur, opiacés; contre l'inflammation, antiphlogistiques; contre la tympanite, position demi-assise, liqueur ammoniacale anisée, lavement ou pilules d'extrait de fiel de bœuf, canule dans le rectum, ponction de l'intestin avec un trocart fin....

Urines. — M. Clay admet des jours critiques. Dans les 24 premières heures il craint l'ébranlement nerveux ; vers le 3me jour, les accidents inflammatoires; au 6me, la péritonite ; plus tard les accidents dûs à la chûte des ligatures. . . . Un signe auquel il attache une grande importance, signe, du reste également signalé par M. Kœberlé, c'est l'état des urines. «Aussi «longtemps que l'urine, qui doit être évacuée à des intervalles rap-«prochés, reste claire et abondante, tout est au mieux; mais dès que «l'urine diminue et devient chargée, en même temps que le pouls s'accé-«lère et se déprime, le danger est imminent. Si l'urine fait défaut, la mort «n'est pas loin.» (Kœberlé, *op. citat.*).

Dans les 24 premières heures, M. Kœberlé redoute l'ébranlement nerveux; du 1er au 3me jour la septicémie; du 4me au 6me la péritonite septicémique, après le 6me la péritonite simple, plus tard les accidents dûs à la chûte des ligatures. . . .

Les soins consécutifs sont le point capital en chirurgie; nous osons presque dire la condition *sine qua non* des succès. L'habile chirurgien de Strasbourg ne l'ignore pas; à peine en effet, quitte-t-il ses opérées, pour quelques courts instants pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Tant que le danger menace, il veille assidûment et, sentinelle vigilante, il ne confie, autant que possible, à personne cette mission délicate, se chargeant toujours lui-même de tous les soins qu'il faut donner. Et certes, nous n'hésitons pas à penser que cette surveillance si laborieuse, cette sollicitude si active sont un des motifs pour lesquels «M. Kœberlé reste «seul sur le continent, l'ovariotomiste par excellence et exceptionnelle-«ment heureux.» (*Union médicale,* Paris, 2 mai 1865).

§ 4. *Complications après l'opération.*

Pouls. — Le plus souvent, immédiatement après l'opération le pouls est petit, filiforme et rapide (115 à 140 puls.). Mais il se relève promptement, excepté toutefois dans les cas, où par suite d'une hémorrhagie trop

considérable, la malade tombe dans un état de faiblesse progressive et meurt dans le collapsus.

Si, dans les jours qui suivent, plus tard même, le pouls devient fébrile, il faut en chercher la cause dans une manifestation inflammatoire ou dans la formation de foyers purulents.

Comme pronostic, l'état du pouls ne doit venir qu'en seconde ligne. N'avons-nous pas vu, en effet, que le *Criterium* (qu'on nous permette cette expression) ce sont les urines.

Nous regrettons de n'avoir pas pu découvrir quelques données sur les indications fournies par la température.

Douleurs. — (Voy. art. régime).

Crampes utérines. — Assez fréquentes. Elles peuvent provenir soit de l'idiosyncrasie de la malade, soit de tractions prolongées ou violentes exercées sur l'utérus pendant l'opération. Le plus souvent ces crampes disparaissent progressivement; dans certains cas cependant il faut intervenir. Le moyen le plus fidèle employé jusqu'ici par M. Kœberlé c'est le chloroforme poussé jusqu'à l'assoupissement. Dans un cas il a fallu agir pendant plus de 3 heures, avant d'arriver à vaincre des crampes rebelles et tenaces.

Refroidissement. — On doit l'éviter sous peine de voir l'opérée contracter une affection pectorale (bronchite, pleurésie, etc.). Or il est facile de comprendre les accidents que peuvent faire naître les efforts de toux à l'endroit de la cicatrice, ou de la hernie des intestins et de l'épiploon.

Vomissements. — (Voy. art. régime).

Hernies intestinale et épiploïque. Étranglement interne. — Ils sont dûs à la toux, aux vomissements, à la tympanite intestinale, à des efforts.... Il faut réduire dans le premier cas; et dans le second, lever l'étranglement.

Retrait du pédicule. — Rare. Les perfectionnements apportés dans les moyens de constriction, les longues aiguilles en acier embrochant le moignon, rendront cet accident plus rare encore, sinon impossible.

Étranglement du pédicule. — Cette complication résulte de la constriction exercée sur les vaisseaux des ligaments larges pris et étranglés entre

l'angle inférieur de la plaie et le dernier point de suture. Cet accident ne peut se produire que dans les cas de pédicule très-long, alors que le moignon attiré au-dehors s'engorge et entraîne avec lui la partie de ce ligament située au-dessous de la ligature. La partie comprimée constitue alors une tumeur œdémateuse quelquefois hémorrhagique et toujours douloureuse (douleur de reins, aine, cuisse). Dans trois circonstances M. Wells a recouru à la ligature avec succès. Deux fois aussi ce même procédé a réussi à M. Kœberlé.

Péritonite. — Rien de particulier à constater, si ce n'est les résultats remarquables obtenus par M. Kœberlé en donnant à ses malades la position demi-assise. Il empêche ainsi la propagation du mal qui reste localisé dans le petit bassin. Les symptômes classiques de la péritonite générale ne se manifestent pas.

Phlébite et pyohémie. — Bien plus rares que la péritonite.

Abcès des ligaments larges. — Assez fréquents. Il faut ouvrir l'abcès en ponctionnant soit par le rectum, soit par le vagin, même par l'abdomen. Ne pas attendre une ouverture spontanée rarement heureuse, plus souvent funeste.

Érysipèle. Inflammation de la paroi abdominale. Diphtérie. — Rien de particulier. Disons toutefois que la teinture d'iode pure en badigeonnage, d'une largeur de 2 doigts, à cheval par parties égales sur la portion malade et sur la peau saine, a donné d'excellents résultats à M. Kœberlé.

Tétanos. — Extrêmement rare.

Gangrène intestinale. Fistules stercorales. Perforation de la vessie. — Très-rares; rien de particulier à noter.

Tympanite intestinale. — Complication malheureusement très-fréquente; elle doit attirer tout spécialement l'attention du chirurgien: car nous croyons pouvoir lui assigner le second rang parmi les accidents graves; l'hémorrhagie dont nous parlerons en terminant ce chapitre ayant été d'emblée (jusqu'ici du moins) la cause la plus fréquente des insuccès.

La tympanite intestinale gêne non-seulement la malade, mais elle peut grièvement compromettre la cicatrisation de la plaie, entraver la respira-

tion, occasionner le décollement des adhérences fraîches et permettre l'infiltration d'éléments mortifiés, plus ou moins putrides, dans l'excavation pelvienne. Les péritonites putrides (*Blood poisoning*) observées dans la gastrotomie semblent dûes, en grande majorité, à ce mécanisme. Tant que les gaz s'échappent par l'anus, la tympanite ne se montre pas; malheureusement chez les opérées de gastrotomie, la circulation des gaz est entravée par un certain nombre de difficultés, qui sont : 1° l'atonie des intestins; 2° un état spasmodique du sphincter de l'anus analogue au spasme du col de la vessie; 3° la torsion possible d'une anse intestinale déplacée; 4° des obstacles mécaniques (brides péritonéales, mauvais bandage, hernie étranglée, foyers hémorrhagiques ou purulents).

Parmi les causes mécaniques il en est une très-importante, mentionnée pour la première fois par M. Kœberlé : c'est le soulèvement de l'intestin par le ligament large lorsque le pédicule est court ou trop fortement attiré au-dehors.

En effet, nous avons déjà dit par quel mécanisme le pédicule doit être maintenu au-dehors; solidement fixé aux parois abdominales, quand le ventre se gonfle ou diminue de volume, le moignon monte et s'abaisse, nécessairement avec lui. Mais, en s'élevant, il entraîne le ligament large et en même temps la partie supérieure du rectum; car ce dernier passe par dessus ce ligament. Or, pour obéir à la traction qu'il subit, le rectum est obligé de se réfléchir à angle d'autant plus aigü qu'il s'élève davantage. De là, obstacle plus considérable à la sortie des gaz ainsi qu'à l'introduction des canules qui viennent arcbouter contre l'angle de réflexion du gros intestin. En conséquence, la tympanite devient à la fois cause et effet. La même complication s'observe du côté droit pour la dernière partie de l'intestin grêle.

Les carminatifs, les purgatifs peuvent rendre service dans la tympanite par atonie; dans celle par obstacle mécanique il faut lever l'obstacle et les longues sondes ou canules introduites très-haut par le rectum sont ici très-utiles. Mais l'angle de réflexion dû au soulèvement de l'intestin par le ligament large n'est pas la seule difficulté que peut présenter l'introduc-

tion des sondes ; il existe très-souvent en effet un spasme rectal très-tenace. Il faut alors recourir à la pince dilatatrice, et si le cas devenait trop pressant, ne pas craindre de ponctionner une anse intestinale avec un trocart fin.

Hémorrhagie consécutive. — Complication des plus graves ; accident très-fréquent, puisque jusqu'ici il a emporté environ 46 °/₀ des opérées.

Toutes ont été dûes à l'inexpérience ou à l'imperfection des moyens employés pour étrangler le pédicule, ou réprimer des hémorrhagies en nappe. Toutefois rappelons ici que grâce aux serre-nœuds perfectionnés, l'on est aujourd'hui heureusement à l'abri de ces accidents si redoutables.

Dans une opération d'ovariotomie où la malade faillit être emportée au 14ᵉ jour par une hémorrhagie considérable, voici la conduite tenue par M. Kœberlé :

«La partie inférieure, infundibuliforme de la cicatrice, renfermait un «caillot du milieu duquel venait sourdre le sang artériel. Après avoir dé-«fait avec précaution, mais rapidement, l'appareil à pansement, j'intro-«duisis dans la cicatrice, les doigts de mes deux mains écartées avec effort «et je déchirai violemment la cicatrice de manière à obtenir une ouverture «de 10 centim. environ. Opérant alors brusquement, au moyen de la «main gauche, une violente compression, très-douloureusement ressentie «par la patiente, sur le trajet de l'artère ovarique, j'introduisis deux «doigts de ma main droite dans la cavité péritonéale, dont je retirai deux «caillots volumineux et des détritus de caillots. J'arrachai en même temps «le pédicule de la paroi abdominale à laquelle il se trouvait encore en par-«tie fixé. Après avoir détergé la plaie, qu'un aide maintenait béante, je «saisis, en travers, dans la profondeur, avec une pince à pansement, l'ar-«tère ovarique dont le sang jaillissait en abondance dès que l'on cessait «d'exercer une forte compression. Une douleur très-vive occasionnée par «le pincement de quelques filets de l'ovaire, survint par suite du rappro-«chement des branches de la pince, que je portai à sa dernière limite pour

«produire une mortification immédiate des tissus sains. La douleur cessa «aussitôt, en même temps que l'hémorrhagie. Les anses intestinales voi- «sines furent nettoyées de quelques caillots qui les recouvraient encore. «L'un d'eux, assez volumineux, s'étendait au-dessus de l'aîne droite, vers «la fosse iliaque; je ne tentai nullement de l'extraire, craignant de pro- «duire un décollement étendu des anses intestinales agglutinées entre «elles par les adhérences récentes, que je me gardai bien d'intéresser au- «delà du foyer principal de l'hémorrhagie. Je laissai ensuite la plaie reve- «nir sur elle-même, la pince plongeant librement dans la cavité abdominale «entre des anses de l'intestin grêle, à une profondeur de 6 centim. La sur- «face de la partie déchirée de l'ancienne incision qui était cicatrisée de la «manière la plus parfaite dans toute son épaisseur, fut couverte d'une «couche légère de perchlorure de fer pour s'opposer à la réunion et pour «laisser un large espace à l'écoulement de la sérosité d'odeur ammoniacale «qui venait affluer au fond de la plaie. Du reste, les tissus violemment «écartés de la paroi abdominale ne tardèrent pas à revenir rapidement sur «eux-mêmes, et à la fin de la journée la plaie n'offrait plus que 6 centim. «de longueur.»

Seize jours après cet accident, la malade retournait chez elle parfaitement bien guérie (IVe obs. Kœberlé, *Obs. d'ovariotomie,* Paris 1865).

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les complications consécutives. On trouvera au chapitre : *Conclusions*, les *indications et contre-indications* relatives à l'opération.

§ 5. *Principaux perfectionnements du manuel opératoire déjà réalisés.*

Nous citerons :

La fixité du pédicule au-dehors, entre les lèvres de la plaie, proposée par M. Stilling (1841) et mise en pratique par M. Duffin (1850).

L'application du clamp comme instrument constricteur par M. Hutchinson (1858).

L'acupressure imaginée par M. Simpson (1859).

L'emploi des ligatures perdues, pour les vaisseaux des adhérences (Angleterre 1861).

L'emploi généralisé de la ligature perdue du pédicule par M. T. Smith.

La ponction vaginale dans les cas de collection purulente du cul-de-sac recto-vaginal par M. S. Wells (1862).

L'emploi du fer rouge dans la division des adhérences par M. J. Clay (1864) et dans la division du pédicule par M. B. Brown (1865).

Les améliorations suivantes sont dûes à l'ingénieux gastrotomiste de Strasbourg :

L'issue libre des liquides à l'aide du drainage avec des tubes en caoutchouc (1862), en verre (1865), plongeant jusqu'au fond de l'excavation.

Imbibition et momification du pédicule par le perchlorure de fer (1862).

L'immobilisation de la paroi abdominale avec le pédicule et les intestins, généralisée (1862).

Les sutures sèches au moyen du collodion et des cordons en fil de coton (1862).

Le perfectionnement des serre-nœuds mettant à l'abri des hémorrhagies constamment si meurtrières jusqu'à l'emploi de cet instrument constricteur (1862).

L'usage des désinfectants et particulièrement du sulfite de soude, employé la première fois en 1863.

Position demi-assise généralisée après l'opération, — ses heureux résultats (1866).

L'usage d'une canule à demeure à travers la paroi postérieure du vagin, dès l'opération (1866).

«D'abord il s'y prit mal, puis un peu mieux, puis bien ;

Espérons que bientôt nous pourrons citer complétement le distique et dire :

«Puis enfin il n'y manqua rien.»

CHAPITRE III.

Résultats fournis par l'opération.

»Neque enim numerandæ sunt sed perpendendæ . . . . observationes.«
(Morgagni, let. 51me).

§ 1er. *Considérations générales.*

Filles d'une même mère (la gastrotomie), l'ablation des kystes de l'ovaire et l'extirpation des tumeurs péri-utérines ont présenté des résultats divers. L'ovariotomie considérée, au début, comme une opération hasardeuse et téméraire a trouvé bien des détracteurs; mais aujourd'hui qu'un long cortège de faits heureux impose impérieusement silence à ses adversaires, l'ovariotomie a, non-seulement conquis sa place parmi les grandes opérations de la chirurgie, mais elle doit même être comptée, et à juste titre, au nombre des grandes opérations les moins meurtrières (voir les tableaux que nous donnons plus loin).

Comme sa sœur aînée, l'ablation des tumeurs péri-utérines a enregistré à son début un grand nombre de revers; cependant pour elle aussi, à mesure que surgissent les leçons de l'expérience, leçons terribles, il est vrai, mais toujours fructueuses, la route devient moins périlleuse et les accidents s'éloignent de plus en plus.

Nous connaissons aujourd'hui 76 cas de tentatives d'extirpation ou d'extirpations définitives de tumeurs fibreuses par la gastrotomie. A un

très-petit nombre près, tous sont dûs à des méprises de diagnostic. Ils doivent être groupés comme suit :

	Nombre de cas.	Rétablissement.	Mort.
1° *Opérations inachevées.* Ces gastrotomies ont été entreprises dans le but d'extirper des tumeurs ovariques. On a trouvé des tumeurs fibreuses péri-utérines qui n'ont pas été enlevées . .	14	9	5
2° *Cas simple.* Tumeurs péri-utérines pédiculées enlevées par la ligature ou l'énucléation.	20	Guérison. 8	12
3° *Cas grave.* Ablation de tumeurs péri-utérines avec amputation partielle ou extirpation complète de la matrice; avec ou sans extirpation des trompes et des ovaires	42	10	32

Que signifient ces chiffres ?

Nous ne nous occuperons pas ici des 14 cas dans lesquels l'opération est demeurée inachevée; ces opérations avortées ne sauraient, en effet, entrer en ligne de compte.

§ 2. *Examen des cas simples.*

Les 20 opérations de gastrotomie dans lesquelles on a extirpé ou énucléé des tumeurs péri-utérines pédiculées ont données les résultats que voici :

Guérison			8
Mort par hémorrhagie	1° directement	4	7
	2° par épuisement consécutif aux pertes de sang pendant ou après l'opération .	3	
Mort par péritonite			2
» phlébite			1
» gangrène intestinale			1
» cause non indiquée			1
Total . . .			20

Résultat brut pour 100 *opérées.* — Guérison : 40. — Mort : 60. Mais, n'avons-nous pas déjà vu que les perfectionnements, apportés dans l'ins-

trumentation et les procédés opératoires tendent à diminuer de jour en jour le nombre des décès? Or, en toute justice, ne sommes-nous pas en droit d'éliminer les 7 opérées, qui ont été victimes de l'hémorrhagie puisque nous avons démontré qu'aujourd'hui avec les moyens nouveaux, ces accidents seraient évités : Le résultat définitif doit donc être : 13 opérées, 8 guérisons; c'est-à-dire sur 100 malades, 61,53 guérisons.

Que si maintenant nous faisions la part des circonstances dans lesquelles ces opérations ont été pratiquées, ne serions-nous pas forcés de convenir qu'à la charge des résultats mauvais se trouve encore un nombre imposant d'ablations pratiquées dans des conditions telles que leur issue funeste a bien moins sa raison d'être dans l'opération en elle-même, que dans les faits concomitants.

Ainsi, appelé en toute hâte à Dublin, le 20 janvier 1864, M. S. Wells opère d'urgence, le jour même de son arrivée, une malade qui se mourrait. Trop épuisée pour supporter l'opération; elle succomba du choc. — Regarderait-on comme des cas favorables ceux dans lesquels MM. Sloane et Kœberlé enlevèrent des tumeurs énormes (Sloane, tum. de 25 kilos, — Kœberlé, tum. de 33 kilos), qui avaient anémié, épuisé les malades, moins peut-être par leur accroissement énorme et rapide que par la gêne immense qu'elles apportaient à l'accomplissement de toutes les fonctions? — La malade de M. Grandville est morte de gangrène intestinale dûe à un manque de soin dans le pansement. A qui la faute?

Mais nous appesantir sur ces faits, serait chose superflue. Les tumeurs péri-utérines pédiculées sont les cas simples et les résultats obtenus se rapprochent déjà assez des succès de l'ovariotomie pour qu'il soit nécessaire d'insister plus longuement.

§ 3. *Examen des cas compliqués.*

Jusqu'à ces dernières années l'extirpation de la matrice, soit par la méthode *sus-pubienne* ou *hypogastrique*, soit par la méthode *sous-pubienne*

ou *vaginale*, n'a guère été pratiquée que sur des organes atteints de dégénérescence cancéreuse. Les résultats ont été déplorables. «Sur 17 femmes «atteintes de cancer de la matrice et qui ont été opérées, dit Boyer, 14 ont «succombé peu d'heures ou peu de jours après l'opération ; les trois autres, «que l'on cite comme des exemples de guérison, ont traîné une vie «languissante, après l'opération, et n'ont pas tardé à périr. L'extirpation «totale de l'utérus renfermé dans le bassin est une opération cruelle, «téméraire, inhumaine, que rien ne peut justifier et qui doit être proscrite «de la chirurgie.» (Boyer, *Traité des mal. chirurg.*, Paris, 1846).

Ce jugement si sévère d'un grand maître, admis dans un sens trop absolu, par ceux qui sont venus après, est vrai tant qu'il s'agit de l'affection cancéreuse. Et aujourd'hui même que l'ablation de la matrice compte des succès, l'abdomen serait-il déjà largement ouvert, nous serions les premiers à conseiller de ne pas poursuivre, si la tumeur se trouvait être de nature maligne. Mais les corps fibreux sont loin de présenter les mêmes dangers ; n'avons-nous pas déjà vu que la diathèse fibreuse n'existe pas ? Donc, entre l'extirpation d'une matrice cancéreuse et l'ablation d'un utérus affecté de corps fibreux il y a une différence considérable, immense . . . . Différence telle, que si dans le premier cas l'opération peut, à juste titre, être qualifiée de *cruelle et d'inhumaine*, il serait au contraire *cruel et inhumain* de refuser les chances de la gastrotomie aux malheureuses femmes dont la matrice est devenue le siège d'un mal, qui enlevé dans sa totalité, doit par sa nature même, disparaître sans retour !

Les 42 opérations graves dont nous avons donné le sommaire (1re part. chap. II, § 3) doivent être divisées comme il suit :

	Nombre de cas.	Guérison.	Mort.
1° Opérations faites par des chirurgiens spécialistes versés dans la gastrotomie	32	10	22
2° Opérations faites isolément en différents pays par des chirurgiens étrangers à la pratique de la gastrotomie	10	—	10

Les dix opérations pratiquées *isolément* par des chirurgiens, aussi recommandables du reste par leur savoir que par les bons résultats de leur pratique journalière, mais non rompus aux manœuvres de la gastrotomie, présentent deux faits bien remarquables : D'abord ces 10 opérées sont mortes; et en second lieu, toutes ont été victimes du même accident, l'hémorrhagie !

Et il faut l'avouer, si, dans un certain nombre de cas, ces hémorrhagies ont eu pour point de départ, l'imperfection des moyens hémostatiques mis en usage, chez plusieurs opérées elles reconnurent pour cause, le manque d'habitude, l'inexpérience du chirurgien ! Or ces dix cas ne conduisent-ils pas à cette règle générale : que quiconque tentera cette sorte d'opération, sans y être préalablement et vraiment préparé, doit s'attendre à l'insuccès; tel est du reste le sort de toute spécialité. Mais dans l'espèce, le maniement bien des fois répété du cadavre, et par-dessus tout l'observation attentive, l'étude approfondie de la pratique d'un gastrotomiste aussi expérimenté qu'habile, voilà la route à suivre si l'on ne veut pas s'exposer à des revers aussi désastreux pour l'opérée que compromettant pour l'opération et l'opérateur.

Laissons donc de côté ces dix cas, si fâcheux à tous égards et voyons quels résultats ont donné les 32 opérations pratiquées dans des conditions convenables.

Guérison		10	d'où pour 100 cas	31,25
Mort par hémorrhagie	12	15	»	46,87
» épuisement consécutif, suite des pertes sanguines subies pendant l'opération	3			
» péritonite		4	»	12,20
» phlébite		1	»	3,12
» cause non indiquée		2	»	

Deux faits frappent tout d'abord en présence de ces chiffres. D'une part l'énorme quantité d'opérées emportées par l'hémorrhagie (46,87 %!). En

second lieu le nombre relativement minime des morts par phlébite (3, 12 °/₀) et par péritonite (12,20 °/₀).

Ces deux derniers résultats sont à coup sûr bien dignes d'appeler l'attention. Car si l'on réfléchit à l'étendue du traumatisme, aux organes sur lesquels il porte, et surtout à la *susceptibilité inflammatoire* du péritoine signalée comme *excessive* par tous les auteurs qui ont écrit sur les blessures de la séreuse péritonéale, on reste vraiment frappé d'étonnement.

Or cette dernière réflexion ne tend-t-elle pas à faire admettre que les nombreuses péritonites signalées à propos des lésions de cette séreuse, tiennent moins peut-être au caractère de la lésion, prise en elle-même, qu'au mode de pansement, aux soins consécutifs et à ceux avec lesquels l'opération elle-même a été faite.

Car, s'il en était autrement, comment expliquer qu'à Paris, dans l'opération césarienne la mort soit la règle, quand «en France et en Allemagne cette «opération a généralement réussi une fois sur trois» (Sédillot), — quand à Strasbourg la pratique de M. le professeur Stoltz donne un résultat favorable de 57,14 °/₀, — quand dans la même ville M. le professeur Bach, M. le professeur agrégé Held ont guéri leurs opérées, — quand M. Steinbrenner, docteur-médecin à Saarunion, sur deux opérations compte deux réussites, — quand 9 gastrotomies pratiquées d'emblée dans des cas de grossesse extra-utérine donnent un résultat heureux de 66,60 °/₀, — quand à Édimbourg l'ovariotomie, constamment mortelle jusqu'en 1862, fournit depuis cette époque, et dans la même ville, les résultats les plus remarquables entre les mains de M. Keith (78,05 guérisons pour 100 cas)?

Mais revenons à l'hémorrhagie. Nous avons vu que le chiffre des morts est énorme, je dirais même décourageant, si les perfectionnements, déjà signalés, si d'autres améliorations inspirées par l'expérience ne devaient pas non-seulement faire diminuer, mais bien faire disparaître ces terribles accidents.

Retranchons donc du nombre des opérations, le nombre des victimes emportées par l'hémorrhagie (infortunées que l'on pourrait sauver aujour-

d'hui!) et voyons ce que, maîtres de cette ennemie redoutable, nous sommes en droit d'attendre de la gastrotomie appliquée à la cure définitive des tumeurs péri-utérines.

Le chiffre total des cas graves s'élève à 42. De ces 42 cas nous avons éliminé 10 cas opérés en-dehors d'un ensemble de conditions de réussite suffisant (au point de vue seulement du manuel opératoire). Il nous reste donc 32 cas sur lesquels nous avons enregistré 15 décès dûs à l'hémorrhagie; ce qui, défalcation faite de ce dernier chiffre, donne un résultat final de 17 opérations : 7 morts, 10 guérisons ou sur 100 cas 58,82 guérisons.

Un mot maintenant sur la pratique spéciale de M. Kœberlé.

Le nombre des ablations de tumeurs fibreuses péri-utérines enlevées par cet habile opérateur, s'élève à 8; savoir :

2 ablations de tumeurs pédiculées (cas simple).
6 — — sessiles avec amputation de la matrice (cas grave).

Les deux opérations de tumeurs pédiculées ont été malheureuses. A qui la faute ? Certes on voudra bien reconnaître que dans ces deux cas l'insuccès doit être imputé, non à l'opération, mais à un fâcheux concours de circonstances indépendantes.

En effet, l'une de ces opérations (obs. I) a été pratiquée dans des conditions déplorables, en-dehors pour ainsi dire, de toutes chances sérieuses de réussite, et uniquement pour accéder aux supplications, pour obéir à la volonté bien arrêtée de la pauvre malade, qui malgré tout ce qu'on put lui dire de défavorable, d'effrayant, n'en persista pas moins d'une façon inébranlable dans la résolution qu'elle avait prise d'être opérée.

La seconde (obs. III), relativement peu grave au point de vue du manuel opératoire, présentait une contre-indication manifeste : Ascite à marche rapide et continue. Nous nous sommes déjà expliqués sur les dangers de cette complication. Mais, quand M. Kœberlé opéra Mme R . . . . les dangers qu'implique une ascite de ce caractère n'étaient encore qu'à l'état de doute dans l'esprit de l'opérateur, et il pensait que la cause enlevée, l'effet devait disparaître. Aujourd'hui l'hésitation ne serait plus possible. Les faits ont

parlé, et dût-elle être des plus simples, en présence d'une ascite à marche rapide et continue, l'ablation d'une tumeur fibreuse est aujourd'hui nettement contre-indiquée.

Ainsi s'expliquent les insuccès de M. Kœberlé dans les cas simples.

Au contraire, les 6 cas graves offrent un chiffre de résultats heureux supérieur au chiffre que fournit le relevé général. En effet, sur 6 cas d'amputation de matrice M. Kœberlé compte résultat brut 50 sur 100 guérisons.

Que si maintenant, nous défalquons deux cas dans lesquels les opérées sont mortes d'hémorrhagie immédiate dûe exclusivement à des fautes commises dans le manuel opératoire, nous arrivons au chiffre de 75 succès sur 100, chiffre sensiblement égal aux résultats de l'ovariotomie (voir plus loin).

Voilà comment, si le cadre de ce travail nous le permettait, en étudiant les causes des revers qui ont frappé les débuts de la gastrotomie appliquée à l'extraction des tumeurs fibreuses péri-utérines, nous serions contraints de reconnaître, qu'en grande majorité, ces insuccès ont été le résultat de l'inexpérience, ou de fautes qu'on est heureusement à même d'éviter aujourd'hui.

Tristes et sévères leçons dont on peut dire :

« . . . . *Orientia tempora duris*
«*Instruit exemplis* . . . .»

§ 4. *Statistiques. Étude comparée d'environ* 400 *opérations d'ovariotomie.*

Que donnent les statistiques des grandes opérations ?

	Total.	Guérison.	Mort.	Proportion des guérisons sur 100 cas.
Ligature des grandes artères (Imman et Philips)	370	247	123	66,75
Amputation des membres (Malgaigne)	852	520	332	61
Ligature de la sous-clavière (Imman)	40	22	18	55
Hemiotomie (Cooper et Imman)	622	326	296	52,41
Désarticulation du conde (Legouest)				52
» de l'épaule (id.)				40,50
Amputation de la cuisse (Malgaigne)	200	78	122	39
Désarticulation coxo-fémorale (Cox)	24	6	18	25
» » (Legouest)				12
» du genou (id.)				13 [1]

Si en regard de ces chiffres pris dans la pratique journalière nous plaçons les résultats obtenus dans les camps, que trouvons-nous? Voici le relevé pris par M. Chenu à l'ambulance française en Crimée (*Gaz. des hôpit.*, n° 52, 54, 57; Paris, 1865).

	Total.	Guérison.	Mort.	Proportion des guérisons sur 100 cas.
Amputation de cuisse	1666	135	1531	8
» de jambe	1255	352	903	29
» de bras	1173	519	654	44
» d'avant-bras	337	183	154	54
Désarticulation coxo-fémorale	20	—	20	—
» du genou	69	6	63	8
» du pied	156	39	117	25
» de l'épaule	222	85	137	38

[1] Thèse de M. Negroni, *Aperçu sur l'ovariotomie,* Paris 1866.

Mais ces différentes opérations nous semblent peu comparables au sujet qui nous occupe; voyons donc quel rapport peut être établi entre les résultats fournis par l'ovariotomie et ceux que donnent l'ablation des tumeurs péri-utérines.

Voici le résultat brut des opérations que nous connaissons :

	Ovariotomies.	Guéris.	Morts.	Proportion sur 100 opérations.
B. Brown (jusqu'en mai 1866)	95	62	33	65,26
S. Wells (id.)	166	112	54	67,46
Kœberlé (jusqu'en juillet 1866). . . .	~~28~~ 29	~~20~~ 19	9	~~68,96~~ 67.50
Ch. Clay (jusqu'en mai 1866)	110	76	34	69,09
Keith (id.)	41	32	9	78,04 [1]

Mais doit-on faire la statistique des opérations d'ovariotomie comme on fait la statistique des opérations d'amputation, de désarticulation des membres, de ligatures d'artères etc.? . . . Assurément non.

«Si en effet ces opérations sont très-analogues, très-comparables entre «elles, les opérations d'ovariotomie, sont au contraire plus ou moins graves, «non-seulement suivant les conditions générales dans lesquelles on opère, «mais encore suivant les cas particuliers et les procédés opératoires. Un «chirurgien qui n'opérerait que dans des conditions désespérées, dans des «cas compliqués doit nécessairement obtenir de moins beaux résultats que «s'il n'opérait que dans des cas simples et favorables.

«Les cas qui se présentent dans la pratique, en France et sur le conti«nent européen, sont en général compliqués, défavorables. Les préventions «du monde médical éloignent de l'opération les malades; elles n'y ont re«cours d'ordinaire qu'en dernier ressort, après avoir épuisé vainement «toutes les ressources de la thérapeutique.

[1] Nous dirons tout-à-l'heure à quoi tient ce magnifique résultat.

«Cependant, l'ovariotomie pratiquée en temps opportun, avant qu'il «n'existe des complications graves, consécutives à l'existence trop prolon-«gée de la tumeur, aux ponctions etc . . . . que l'on a pratiquées, aux ad-«hérences qui en sont la suite, est une opération relativement d'une gravi-«té très-faible, ainsi que le démontre la statistique des opérations prati-«quées dans ces dernières années.

«Et si les résultats généraux obtenus sur le continent ne sont pas encore «très-satisfaisants il n'en paraît pas moins certain qu'on obtiendra bientôt «les mêmes succès que ceux dont peut à juste titre s'enorgueillir depuis «plusieurs années la chirurgie anglaise et américaine, à mesure que les «préventions contre l'ovariotomie diminueront, que les indications seront «mieux comprises et que la pratique de l'opération sera mieux entendue.» (*Gaz. des Hôp.* n° 77, année 1866).

Mais examinons ce que donne l'analyse des opérations que nous venons d'indiquer au point de vue des conditions spéciales à chacune de ces opérations; voyons quelle a été la proportion des cas avec ou sans adhérences; et les différents résultats obtenus suivant que les choses étaient simples ou compliquées.

1° *Cas graves* [1].

La proportion des cas avec adhérences graves a été pour chaque opérateur, sur l'ensemble de ses opérations :

Ces cas graves donnent pour 100 opérations :

Pour MM. B. Brown	3/5	. . . . .	45 guérisons.
S. Wells	2/3	. . . . .	55 »
Keith	1/2	. . . . .	60 »
Kœberlé	4/5	. . . . .	62 »

[1] Cette statistique porte seulement sur les 140 premiers cas de M. Wells, — les 50 premiers de B. Brown, — les 35 premiers de Keith; les renseignements nous ayant fait défaut pour les dernières opérations. Nous n'avons rien d'assez précis sur la pratique de MM. Clay, Atlee et Smith pour les faire entrer en ligne de compte.

2° *Cas simples.*

La proportion des cas sans adhérences ou avec adhérences légères (les chiffres sont les mêmes dans l'un et l'autre cas) a été pour chaque opérateur, sur l'ensemble de ses opérations :

Ces cas simples donnent pour 100 opérations :

Pour MM. B. Brown	2/5	. . . . .	55 guérisons.
S. Wells	1/3	. . . . .	75 »
Keith	1/2	. . . . .	75 »
Kœberlé	1/5	. . . . .	76 »

Que si maintenant, faisant un légitime examen de chacun de ces cas simples, nous éliminions les cas tout-à-fait contre-indiqués soit pour cause d'ascite à marche continue et d'anasarque, d'ascite par rupture du kyste, de ligature perdue du pédicule, etc., il nous serait facile d'arriver à des résultats heureux de 84 à 90 pour 100 opérations. Mais cet exposé serait long et nous sommes contraints de nous restreindre.

Certes, il serait intéressant de suivre ici pas à pas la marche ascendante de l'ovariotomie, de faire ressortir les causes de ses progrès, de montrer comment peu à peu on est arrivé à de véritables et utiles perfectionnements. L'espace nous manque pour entrer dans les détails, bornons-nous donc à signaler au lecteur les quelques faits que voici : Jusqu'en 1865 M. B. Brown comptait à-peu-près parties égales de morts et de guérisons. Depuis cette époque il fait usage du fer rouge pour sectionner le pédicule ; dès lors, plus d'hémorrhagie et sur 32 cas traités ainsi, jusqu'en juillet 1866, il obtient 29 guérisons. — M. S. Wells, de 1861 à 1862, sur 12 cas éprouve 9 échecs, et dès l'année suivante, instruit par ses propres fautes, il compte 20 succès sur 22 opérations. Enfin M. Keith, sur ses 16 premiers cas compte 6 morts; puis les 13 suivants lui donnent seulement 3 morts; enfin ses 12 dernières opérations ont été 12 *réussites!* C'est la plus longue série de succès que l'on ait encore observée.

De tels faits n'ont pas besoin de commentaires, et n'en déplaise aux adversaires de l'ovariotomie, l'ablation des kystes de l'ovaire par la gastro-

tomie est une opération désormais acquise à la science, et d'elle aussi on peut dire :

« . . . . *non hiemes illam, non flabra, neque imbres*
« *Convellunt; immota manet. . . .* »

(Virgile, Georg., l. II).

Assurément les résultats fournis par l'amputation ou l'extirpation de la matrice sont encore loin en arrière des triomphes de l'ovariotomie; mais pourquoi ne pas arriver à perfectionner la gastrotomie dans l'ablation de l'utérus comme on est arrivé à la perfectionner dans l'extraction des ovaires?

Certes dans l'extraction de la matrice les difficultés sont plus grandes, plus longtemps peut-être se feront attendre les perfectionnements; mais aussi plus dignes d'éloges seront les résultats. Déjà même de fructueuses améliorations ont été obtenues et nous les avons constatées. Et, si née d'hier, l'extirpation des tumeurs péri-utérines se trouve en retard sur sa sœur aînée, elle finira selon toute probabilité par présenter des résultats comparativement aussi remarquables que ceux fournis par l'ovariotomie.

Un point cependant sur lequel nous voulons encore attirer l'attention du lecteur, ce sont les circonstances particulières dans lesquelles ont été pratiquées les 76 opérations que nous avons analysées. Elles ne sont encore, à vraiment parler, que des ébauches; toutes, en effet, à de très-rares exceptions près, ont été faites par surprise. On croyait à un kyste de l'ovaire et ouverture faite de l'abdomen on rencontrait une tumeur fibreuse. Il fallait donc improviser séance tenante pour parer à l'imprévu. De là des hésitations toujours funestes, des fautes inévitables.... Et cependant malgré tant de difficultés les résultats sont loin d'être négatifs.

Il y a eu des revers nombreux, c'est vrai, mais si nous avions ici l'espace nécessaire au dépouillement et à l'examen de chacune des opérations il nous serait facile de démontrer, que, même en-dehors de l'hémorrhagie,

il y a encore beaucoup des cas malheureux imputables bien moins à l'opération qu'à des circonstances contraires. Ainsi M. C. Clay, opère le 16 janvier 1864, 15 jours après la malade allait au mieux, et voilà qu'en transportant la convalescente, la garde-malade la laisse tomber sur le plancher : péritonite foudroyante; mort dans les 24 heures. M. Peaslee perd sa première opérée. Deux anses intestinales, dans un effort de toux s'étaient enclavées l'une dans l'angle supérieur, l'autre dans l'angle inférieur de la plaie : gangrène de l'intestin; mort. A qui la faute?... Le même accident s'est présenté depuis, dans la pratique de M. Kœberlé, l'anse intestinale fut remise en liberté, et la malade a guéri.

Ces faits malheureux et bien d'autres, qu'on serait maintenant à même d'éviter, n'en sont pas moins inscrits au nombre des revers, et portés à la charge de l'opération. A coup sûr, ces insuccès sont déplorables; ils peuvent intimider les esprits timorés, ou bien être mal interprêtés et fournir des armes aux adversaires de la gastrotomie. Mais serait-ce donc agir avec franchise et impartialité? En face des immenses services que peut rendre une opération, ne doit-on pas, et tout en les regrettant, chercher à tirer profit des cas malheureux, enregistrer les rudes mais féconds enseignements qu'ils renferment. Et plutôt que de porter à la hâte un jugement sévère, dicté peut-être par des idées préconçues, prendre en considération au contraire, et peser les circonstances atténuantes.

Pour nous, les revers qui ont frappé les premières tentatives ne sauraient ébranler la conviction intime d'un chirurgien, moins jaloux de sa propre réputation que du salut de sa malade; et n'est-ce pas vraiment ici le moment de répéter avec Celse: *Melius anceps remedium quam nullum !*

Si non, il n'y plus qu'à plier sa tente; qu'à signer une paix honteuse avec la maladie, et à la laisser, souveraine maîtresse, envahir successivement l'économie tout entière, entraînant fatalement ses victimes au tombeau,

«*Quas dulcis vitæ exsortes....*
«*Abstulit atra dies, et funere mersit acerbo !*»

(*Virg. Énéide, liv. VI*).

CHAPITRE IV.

Conclusions.

»Qui studet optatam cursu contingere metam
»Multa tulit, fecitque puer, sudavit et alsit.»
(Horace, Art. poet.)

1° Les tumeurs fibreuses de la matrice constituent une affection très-fréquente.

2° Elles peuvent être régulièrement divisées, au point de vue du manuel opératoire en *tumeurs fibreuses intra-utérines,* et *tumeurs fibreuses péri-utérines.*

3° Ces dernières sont passibles (et aussi les intra-utérines) d'un grand nombre de transformations, rarement salutaires, quelquefois compromettantes pour la vie de la malade, et presque toujours embarrassantes pour le diagnostic.

4° L'histoire symptomatologique de ces tumeurs, encore à peine ébauchée, mérite toute l'attention des observateurs, principalement à l'endroit des signes qui pourraient les faire différencier du cancer, de la grossesse, et surtout des tumeurs ovariques.

5° La plupart du temps elles n'entravent pas l'existence; mais dans des circonstances données, elles peuvent rendre la vie insupportable, et même conduire les malades au tombeau.

6° Elles sont surtout dangereuses dans l'état de grossesse.

7° L'extirpation des tumeurs fibreuses péri-utérines, par la gastrotomie, dans des circonstances données, est une opération possible, et qui mérite de prendre rang parmi les grandes opérations de la chirurgie.

8° Indications principales de l'opération :

a) On peut opérer les tumeurs fibreuses péri-utérines, gênantes par leur volume, par leur siège, par les accidents qu'elles occasionnent; et on doit opérer celles qui menacent d'abréger promptement la durée de l'existence par leurs progrès rapides, ou leur volume acquis.

b) Les jeunes femmes surtout doivent être soumises à l'opération, parce que chez elles, l'affection n'a pas de tendance à s'arrêter dans sa marche.

c) L'opération doit être pratiquée autant que possible avant que la santé soit trop compromise, avant que la tumeur ait acquis un volume trop considérable.

9° Contre-indications à l'opération :

a) Affection cancéreuse, et maladies pouvant par elles-mêmes compromettre l'existence.

b) Adhérences trop étendues, devant nécessiter une opération longue et laborieuse ; mais les améliorations déjà apportées dans le manuel opératoire rendent aujourd'hui cette contre-indication de plus en plus rare.

c) Épanchement ascitique avec tendance à une reproduction rapide et continue.

d) État de détérioration avancée de l'économie : l'état de la malade doit promettre qu'elle supportera l'opération et une hémorrhagie peu grave.

e) Age avancé de la malade; car souvent après la ménopause ces tumeurs restent stationnaires ou même rétrogradent.

10° Les procédés opératoires ne sont pas encore assez étudiés pour permettre d'établir des règles fixes sur le *modus faciendi;* néanmoins nous croyons déjà pouvoir dire :

a) Les tumeurs pédiculées étroitement, ne seront excisées qu'après la ligature préalable du pédicule. L'opération bien conduite présente à-peu-près, la même gravité que l'ovariotomie.

b) Si le pédicule est court et large, si la matrice elle-même renferme des noyaux fibreux, on doit pratiquer l'amputation sus-vaginale, ou l'extirpation complète de cet organe, suivant l'espèce. Cette opération est bien plus grave que l'ovariotomie.

c) Si la tumeur a un volume trop considérable et si elle n'est pas très-vasculaire, on peut la réduire de volume, soit en énucléant les parties énucléables (s'il y en a), soit en divisant la tumeur; mais toujours après ligature préalable du col utérin.

11° De toutes les complications, la plus redoutable c'est l'hémorrhagie, puisque pour 100 opérations, elle a donné une proportion de 48,84 cas funestes. Les serre-nœuds perfectionnés par M. Kœberlé, prémunissent contre cet accident terrible; car depuis plusieurs années que l'inventeur les met en usage, ses opérées n'ont plus présenté cette épouvantable complication, deux cas exceptés : dans l'un, l'aide avait omis de serrer la vis du serre-nœud qui lui avait été confié (obs. IV); dans l'autre, trompé par l'inégale longueur des deux serre-nœuds, l'opérateur avait sectionné trop près du fil constricteur, qui glissa (obs. V).

12° La péritonite, la phlébite, surtout, sont des complications que l'on peut considérer comme rares relativement aux observations fournies par les autres grandes opérations; puisque la première ne se retrouve que dans une proportion de 12,20 et la seconde seulement de 3,12 pour 100 opérations.

13° L'exposition à l'air du péritoine et des viscères abdominaux; l'introduction et le séjour inoffensifs de l'air dans l'abdomen; l'emploi heureux du cautère actuel, du perchlorure de fer, comme agents hémostatiques directs des hémorrhagies péritonéales; le sang et les autres liquides épanchés, les serre-nœuds en fer, les tubes de verre, les tuyaux en caoutchouc etc., impunément laissés au contact du péritoine, prouvent que la séreuse péritonéale est moins susceptible et moins prompte à s'enflammer que ne le professait l'ancienne chirurgie.

14° Ces derniers faits ne tendent-ils pas à faire admettre que les traumatismes (accidentels ou chirurgicaux) du péritoine sont moins redoutables qu'on ne le croyait autrefois ; et que partant certaines opérations chirurgicales (herniotomie, opération césarienne, taille sus-pubienne...) deviendront moins funestes au fur et à mesure que la gastrotomie, à l'aide de faits nouveaux, sera à même de poser des indications nouvelles, et de préciser la cause des revers, la raison d'être des succès.

15° L'usage des sutures sèches, fixées par le collodion et susceptibles d'être serrées ou relâchées à volonté, est un véritable progrès.

Pour nous, notre conviction est profonde, nous ne pouvons douter des résultats de l'avenir; et certes la chirurgie moderne ne saurait s'arrêter dans cette voie du progrès, sur laquelle, depuis près d'un demi-siècle, elle est si brillamment engagée.

La route peut être semée de dangereux précipices, les obstacles à vaincre peuvent être aussi nombreux que redoutables,... mais à *Elle* le travail et la persévérance :

Labor improbus omnia vincit !

TABLE DES MATIÈRES.

PAGES.

AVANT-PROPOS 1

PREMIÈRE PARTIE. — Observations.

CHAPITRE PREMIER — Observations des 8 premières ablations de l'utérus pratiquées par M. le professeur agrégé Kœberlé 2

CHAPITRE II. — Analyses des 76 opérations connues aujourd'hui 25

DEUXIÈME PARTIE. — Essai sur l'histoire des tumeurs fibreuses péri-utérines.

CHAPITRE PREMIER. — Division des tumeurs fibreuses de la matrice au point de vue de la gastrotomie 31

CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.

§ 1er. Anatomie en général 35

§ 2. Variétés anatomo-pathologiques 36

1° Ramollissement 37

Variétés : a) sarcomateuse, b) œdémateuse, c) géodiforme, d) kystique, e) gélatineuse, f) suppurative.

2° Induration 40

3° Résorption 40

§ 3. Fréquence. Origine et causes probables 41

§ 4. Changements anatomo-pathologiques produits dans l'abdomen et dans les organes génitaux 43

CHAPITRE III. — Histoire pathologique.

§ 1er. Symptômes 46

§ 2. Marche. Terminaisons 58

§ 3. Récidive 61

§ 4. Complications pathologiques 61

§ 5. Influence des corps fibreux sur la grossesse 62

§ 6. Pronostic 65

PAGES.

CHAPITRE IV. — Diagnostic 66

D'avec : Rétention d'urine. — Tumeur de la fosse iliaque. — Hématocèle rétro-utérine. — Engorgement chronique péri-utérin. — Hydropisie des trompes. — Hydropisie enkystée du péritoine.

Tumeurs des ligaments larges — des ovaires.

Hydrométrie. — Physométrie. — Hématométrie. — Hydatides utérines. — Tumeurs fibreuses intra-utérines. — Rétroversion. — Grossesse utérine — extra-utérine. — Cancer.

TROISIÈME PARTIE. — Gastrotomie.

CHAPITRE PREMIER. — Histoire générale de la gastrotomie 81

CHAPITRE II. — Gastrotomie dans l'ablation de l'utérus.

§ 1er. Opération 89

§ 2. Complication pendant l'opération 100

§ 3. Pansement et soins consécutifs 102

§ 4. Complications après l'opération 107

§ 5. Principaux perfectionnements du manuel opératoire, déjà réalisés 112

CHAPITRE III. — Résultats fournis par l'opération.

§ 1er. Considérations générales 114

§ 2. Examen de 20 cas simples 115

§ 3. Examen de 42 cas compliqués 116

§ 4. Statistiques. Étude comparative et raisonnée d'environ 400 cas d'ovariotomie 122

CHAPITRE IV. — Conclusions 128